Pamiętnik Wileńskiego...
Z. 6.
1932

ROK VIII. LISTOPAD — GRUDZIEŃ 1932 r. ZESZYT 6.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO
ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



W I L N O
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

TREŚĆ.

SOMMAIRE.

ADRES REDAKCJI PAMIĘTNIKA WIL. TOW. LEK.:
Wilno—Zamkowa 24 — Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

KOMITET REDAKCYJNY:
Wydział:

Redaktorowie: Prof. Dr. W. Jasiński i Prof. Dr. A. Safarewicz.
Redaktor administracyjny: Dr. M. Minkiewicz.

CZŁONKOWIE KOMITETU:

Dr. W. Bądzyński, Doc. Dr. E. Czarnecki, Dr. S. Lewande, Dr. H. Rudziński, Prof. Dr. Schilling-Siengalewicz, Prof. Dr. J. Szmurło, Dr. A. Wirszubski.

Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.

Cena prenumer. wraz z przesyłką:
Rocznie — **15** zł. Półrocznie — **8** zł. Zeszyt pojedyńczy **2** zł. **50** gr.

CENA OGŁOSZEŃ:

Okładka		Karta biała lub kolorowa			
		przed tekstem		w tekście	
3 strona . .	40 zł.	Jedna strona . .	50 zł.	Jedna strona	40 zł.
4 „ . .	50 „	Obie strony . .	80 „	Obie strony	70 „

Przed tekstem lub w tekście Redakcja może umieszczać ogłoszenia drukowane tylko na oddzielnych kartach.

Wszelkie wkładki według umowy.
Redakcja zastrzega sobie prawo nieprzyjęcia ogłoszenia.

Ogłoszenia i prenumeratę należy przysyłać pod adresem:
Wilno, ul. Św. Ignacego Nr. 5. Tow. Wyd. „Pogoń", Drukarnia „Pax"

Rok VIII. 1932.

PAMIĘTNIK
WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO
ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ





WILNO
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

TREŚĆ ROCZNIKA VIII
Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego z r. 1932.

A. Prace oryginalne.

B. Przyczynki kazuistyczne.

C. Streszczenia zbiorowe i streszczenia referatów.

D. Oceny.

E. Wspomnienia pośmiertne.

F. Protokóły posiedzeń Wil. Tow. Lek. w r. 1932.

G. Sprawozdania i regulaminy.

H. Kronika i komunikaty.

Skorowidz autorów.

Resumé des travaux contenus dans le volume VIII en langues des congrès internationaux.



Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. S. B. Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło.*

O nauczaniu na uniwersytetach techniki badań uszu, nosa i gardła.

Doc. Dr. BENEDYKT DYLEWSKI. St. Asyt. Kliniki.

Nauka o chorobach uszu, nosa, gardła i krtani nie została jeszcze wśród lekarzy dostatecznie rozpowszechniona i spopularyzowana. Panuje jeszcze dotychczas zapatrywanie, że dla lekarza prowincjonalnego znajomość oto-laryngologji nie jest konieczna. Na takie traktowanie przez lekarzy praktyków oto-laryngologji, jako drugorzędnej gałęzi medycyny, wpłynęło stanowisko tej nauki wśród innych działów nauczania na uniwersytetach, w których nauka o chorobach nosa, gardła i uszu była uważana doniedawna za przedmiot dodatkowy, nieobowiązkowy. W Polsce oto-laryngologja dopiero w 1928 roku została zrównana z innemi przedmiotami i egzamin z tej dziedziny stał się obowiązkowym. Pomimo olbrzymiego rozwoju oto-laryngologji, pomimo istnienia doskonałych, bogato wyposażonych klinik oto-laryngologicznych, kliniki te w wielu krajach pod względem wyszkolenia studentów pozostawiają nieraz dużo do życzenia. Przekształciły się one w doskonałe szkoły dla dyplomowanych lekarzy, przyszłych specjalistów, którzy mogą przez czas dłuższy w nich pracować, natomiast studenci, słuchacze jako też i przyjeżdżający do uniwersytetów na krótki czas dla dokształcenia się lekarze wynoszą z tych klinik często bardzo ograniczony zapas wiedzy praktycznej, a niekiedy i teoretycznej. Miałem możność przekonania się o tem osobiście podczas zwiedzania wielu klinik zagranicznych i pracy w szeregu z nich. O tem świadczą również wiadomości praktyczne i teoretyczne z naszej specjalności lekarzy, nostryfikujących w Polsce dyplomy różnych uniwersytetów zagranicznych. Lekarze ci zwykle przed egzaminem muszą od początku na nowo uczyć się oto-laryngologji.

Wobec dłuższego traktowania w wielu krajach oto-laryngologji, jako wąskiej specjalności, nie został jeszcze szczegółowo opracowany i ogólnie uznany praktyczny plan i sposoby *metodycznego*, systematycznego nauczania techniki badań i drobnych zabiegów oto-laryngologicznych, jak to ma miejsce w niektórych innych specjalnościach, np. w położnictwie i ginekologji, gdzie pozycja lekarza i chorego, każdy ruch ręki, czy też instrumentów został wielokrotnie sprawdzo-

ny, ustalony i systematycznie podany dla początkujących w tej dziedzinie lekarzy i studentów (patrz „Operacje położnicze" prof. Jakowickiego). W podręcznikach oto-laryngologji rozdziały o technice badań są przeznaczone raczej dla lekarzy już nieco obznajomionych z kliniką oto-laryngologiczną, niż dla studentów i początkujących lekarzy. W tych rozdziałach większość autorów szczegółowo opisuje źródła światła i sposoby jego rzucania od reflektora, różnej konstrukcji wzierniki i narzędzia oraz dokładnie podaje anatomję badanego narządu, t. zn. co badający powinien widzieć. Następnie podawane są w pewnych działach zasadnicze pozycje chorego i lekarza, niektóre główne ruchy badającego oraz największe trudności, napotykane w trakcie badania. Wśród tych trudności i przeszkód omawiane bywają jednak tylko takie, które utrudniają badanie nawet wprawnemu oto-laryngologowi, jak np.: skrzywienie przegrody nosowej, przerost muszel nosa, woszczyzna, ciała obce, rozrosty kostne i zwężenia w przewodzie ucha zewnętrznego, zbyt duży języczek, zwisająca nagłośnia, zbyt sztywny albo garbiący się język, szczękościsk, nadmierna wrażliwość śluzówki gardła i t. d. Natomiast zwykle opuszczane są takie trudności i przeszkody, które powstają stale u początkujących podczas badania osób z zupełnie normalnemi i normalnie reagującemi narządami uszu, nosa, gardła i krtani. Niektórzy zaś autorowie nawet podkreślają, że świadomie opuszczają omawianie trudności w badaniu, wynikających z powodu niezręczności i wadliwej techniki badającego.

Tymczasem do najgłówniejszych zadań w nauczaniu techniki badań oto-laryngologicznych należy właśnie nauczanie przewidywania i unikania tych codziennych, często drobnych przeszkód i trudności, powstałych z winy chorego, lub samego badającego, które każdy początkujący oto-laryngolog stopniowo — poomacku, nieświadomie naucza się przezwyciężać w okresie „wprawiania się" w badaniu, tracąc zwykle na to dużo czasu i wysiłku. Erbrich w „Metodach badania krtani" zwrócił uwagę na ten okres wprawiania się, kiedy postępy w badaniu są utrudnione wskutek nieumiejętności, powolności, niepewności w badaniu i obawy szkodzenia choremu. Większość autorów w swych podręcznikach zwykle nie wyczerpuje tematu techniki i metod badania i nie podaje wielu rzeczy przez innych autorów omawianych i ogłaszanych. Zebranie z piśmiennictwa i systematyczne ułożenie sposobów badania ucha, nosa, gardła i krtani okazałoby dużą przysługę tak samodzielnie ćwiczącym się młodym, początkującym w tej dziedzinie lekarzom, jako też i asystentom, pro-

wadzącym ćwiczenia praktyczne ze studentami. Studenci zaś sami nie posługują się zwykle do ćwiczeń wskazówkami z podręczników i korzystają tylko z obowiązkowych ćwiczeń, a przeto i postępy studentów zależą całkowicie od sposobu prowadzenia tych ćwiczeń przez asystentów. Im bardziej metodycznie, systematycznie i planowo prowadzone są te ćwiczenia, tem większe, szybsze i trwalsze są postępy słuchaczów, którzy ze zdobytych wiadomości korzystają w swej praktyce.

Poddawanie od czasu do czasu rewizji dotychczasowych sposobów prowadzenia zajęć praktycznych na uniwersytetach w każdym dziale medycyny, wprowadzenie nowych, lub bardziej opracowanych sposobów z uwzględnieniem najnowszych metod pedagogiki i metodyki nauczania podniosłoby, naszem zdaniem, znacznie poziom wiedzy. W dziedzinie chorób uszu, nosa i gardła na podstawie zdobytego doświadczenia możemy i musimy w klinikach i szpitalach skrócić czas, potrzebny studentom i początkującym lekarzom do wprawy w technice badań oto-laryngologicznych i ułatwić im opanowanie tej techniki przez świadome, metodyczne jej nauczanie.

Ogłoszenie sposobów praktycznego nauczania oto-laryngologji, zaznajomienie się z temi sposobami, stosowanemi w różnych klinikach i szpitalach przyczyniłoby się do opracowania i przyjęcia wypróbowanego, uzgodnionego doskonalszego planu pracy w tej dziedzinie, ułatwiłoby pracę tak uczącym się, jak i nauczającym i byłoby ważnym czynnikiem rozpowszechniania oto-laryngologji wśród szerokiego ogółu lekarzy praktyków przez ułatwienie i skrócenie czasu na zdobywanie wiedzy praktycznej i szerokiego jej stosowania.

W Klinice uszno-gardlanej U. S. B. od początku jej istnienia wprowadzone były ćwiczenia praktyczne dla słuchaczów 5-go roku studjów, jako też dla lekarzy, nostryfikujących w Wilnie dyplomy uniwersytetów zagranicznych. Podaliśmy również projekt wniesienia do programu następnych kursów dokształcających dla lekarzy działu zajęć praktycznych z oto-laryngologji.

Studenci 5-go kursu podzieleni na grupy po 20—30 osób odbywają jednogodzinne ćwiczenia w specjalnej sali raz tygodniowo w ciągu całego roku szkolnego. Każdy asystent prowadzi swoją grupę samodzielnie i układa w szczegółach plan ćwiczeń, który często się zmieniał w zależności od rodzaju chorych, którzy mogli być na poszczególnych ćwiczeniach demonstrowani. Zaczynało się zwykle od badań lżejszych, jak oglądanie jamy ustnej, a potem stopniowo przechodziło się do badania i zabiegów w nosie, uchu i krtani. W ciągu kilku pierwszych ćwiczeń studenci badali wzajemnie siebie samych, a następnie prze-

chodziło się do badań na chorych, których sprowadzano do sali ćwiczeń z liczby chorych klinicznych i z oddziału usznego szpitala wojskowego w Wilnie.

Praktyka pierwszych kilku lat ćwiczeń wykazała, że większość studentów w końcu roku szkolnego stosunkowo nieźle, ale jeszcze niepewnie orjentuje się w badaniu nosa, gardła i uszu i znacznie gorzej w badaniu krtani. Po upływie jednak już kilku miesięcy, przed egzaminem prawie wszyscy studenci, nie wyłączając najpilniejszych i najzdolniejszych zapominają badań i są zmuszeni znów ćwiczyć się w klinice.

Wobec słabych i nietrwałych postępów, osiąganych przez studentów podczas całorocznych zajęć praktycznych poddaliśmy możliwie dokładnej analizie prowadzony przez nas dotychczasowy sposób nauczania badań otolaryngologicznych i zaczęliśmy wprowadzać w ćwiczeniach różne modyfikacje i stosować sposoby doświadczalne tak na grupach, jak też i osobach pojedyńczych. Praca ta, prowadzona w ciągu następnych kilku lat pozwoliła wykryć w pierwotnym stosowanym przez nas sposobie prowadzenia ćwiczeń szereg niedokładności i wprowadzić znaczne ulepszenia. Poniżej podajemy własne spostrzeżenia i obserwacje, zebrane w ciągu 6 lat prowadzenia zajęć praktycznych z oto-laryngologji w Klinice Uszno-Gardlanej U. S. B. oraz przeprowadzany przez nas plan zajęć, opracowany na podstawie własnego doświadczenia z uwzględnieniem odnośnego, dostępnego nam piśmiennictwa.

Opanowanie techniki różnego rodzaju badań klinicznych składa się z dwuch zasadniczych części. Pierwszą, bardzo ważną częścią jest utrwalenie w pamięci bardziej typowych obrazów wzrokowych, słuchowych, czy też dotykowych, które należy rozpoznawać. Każdy lekarz podczas badania, lub operacji, posługując się temi obrazami, poznaje i sprawdza czy rzeczywiście ma przed sobą poszukiwany narząd. Drugim punktem w technice różnych badań i zabiegów jest nauczenie się władania instrumentami i opanowanie możliwego zautomatyzowania ruchów, niezbędnych podczas wykonywania danego badania. Początkujący zwykle wykonywa cały szereg dodatkowych niepotrzebnych ruchów, znikających w miarę doskonalenia się oraz spotyka wiele trudności i przeszkód, które stopniowo przezwycięża.

Według stosowanego przez nas z początku planu ćwiczeń student musiał wprawiać się w opanowaniu wszystkich tych części techniki badań jednocześnie co znacznie utrudniało i przedłużało pracę. Bez uprzedniej wprawy we władaniu instrumentami, wzierni-

kami nie można było dokładnie widzieć badanych, niewidzianych przedtem narządów i utrwalić ich obrazów w pamięci. Nie mając zaś w pamięci tych obrazów, to znaczy, nie wiedząc dokładnie jak w naturze wygląda dany narząd, badający nie może sam kontrolować, sprawdzać prawidłowości swego badania. Kontrola zaś przez prowadzącego ćwiczenia lekarza jest trudna, gdyż w badaniach oto-laryngologicznych lekarz zwykle nie może jednocześnie z badającym studentem oglądać danego narządu, np. błony bębenkowej i tylko z niedokładnego opisywania poznaje, że student tej błony nie widzi. Nie uświadomiony o trudnościach i przeszkodach w badaniu, które każdego początkującego czekają student nie może ich uniknąć i tylko pomału, nieświadomie je przezwycięża. W tym sposobie badania, rozpowszechnionym wśród początkujących lekarzy laryngologów i wymagającym dużo czasu i bogatego materjału do badania dopiero po dłuższym czasie stopniowo utrwala się w pamięci obraz wzrokowy badanych narządów, gdy po dostatecznem opanowaniu techniki manipulowania wziernikami, stale będą obserwowane jednakowe obrazy.

W tym sposobie badania umiejętność techniki manipulowania instrumentami przychodzi łatwiej, niż zapamiętywanie obrazów. Obserwacje nasze stwierdziły, że główną przyczyną słabych i nietrwałych postępów studentów w pierwszych latach prowadzenia przez nas ćwiczeń było niedostateczne utrwalenie w pamięci obrazów wzrokowych badanych narządów.

Niejednokrotnie się spostrzegało, że absolwent podczas egzaminu dobrze włada wziernikami, należycie ustawia chorego i oświetla badany narząd, lecz nie może go opisać i postawić rozpoznania, bo nie jest pewien tego co widzi, nie ma w pamięci utrwalonych obrazów do porównania. Jeżeli temu absolwentowi pokazać zapomocą przyrządów do demonstracji (polilaryngoskop, otoskop elektryczny i t. d.) dany do opisania narząd, np. błonę bębenkową, to wówczas on stale już bez trudu ją odnajduje i dokładnie opisuje. Robione przez nas doświadczenia wykazują, że nawet podczas pierwszego ćwiczenia, po pobieżnem pokazaniu sposobu władania wziernikami — student stosunkowo łatwo odnajduje i prawidłowo opisuje obrazy w uchu, gardle i nosie, które mu przedtem kilka razy zostały przez lekarza na tym samym chorym pokazane. Z powyższego wynika, że jedną z najważniejszych części nauczania techniki różnego rodzaju badań, a w tem i oto-laryngologicznych jest jaknajczęstsze pokazywanie na chorych w normalnych kolorach i wymiarach obrazów, które będą

we wziernikach oglądane, celem utrwalenia tych obrazów w pamięci jako wzorów do porównania.

Praktyka pokazała, że tego demonstrowania na chorych obrazów w uchu, nosie, gardle i krtani nie należy łączyć z jednoczesnem nauczaniem techniki manipulowania instrumentami. Przystępowanie do używania wzierników i instrumentów bez utrwalonych w pamięci obrazów, które ma się oglądać, jak się okazało, tylko przedłuża i utrudnia nauczanie. Tak samo początkujący chirurg z początku tylko się przygląda wszystkim nawet najmniejszym zabiegom, utrwala w pamięci stosunki topograficzne, a potem dopiero przystępuje do wprawy w technice oglądanych przez siebie sposobów badań i zabiegów. Stosowany przez nas z początku ogólnie przyjęty sposób objaśnienia oglądanych obrazów zapomocą rysunków, przedstawiających w powiększeniu cały badany narząd okazał się pod względem dydaktycznym mało skutecznym, gdyż w badaniach oto-laryngologicznych badający zwykle nie widzi całego obrazu, a tylko kolejno poszczególne jego części i to w znacznie mniejszych wymiarach. Z tego też względu należy mieć na zajęciach praktycznych dla porównania tablice przedstawiające, tak jak w naturze we wzierniku widoczne w praktyce części badanego narządu (nosa, krtani, błony bębenkowej i t. d.). Podobny rysunek błony bębenkowej znaleźliśmy w podręczniku Field'a i Kerrison'a

Ta bardzo ważna część zajęć praktycznych, polegająca na oddzielnem przyzwyczajeniu badających do zapamiętywania, utrwalenia w pamięci obrazów widzianych w naturze, dotychczas nie była w odnośnem piśmiennictwie omawiana.

Do nauczania samej techniki badań oto-laryngologicznych najlepiej jest więc przystępować dopiero po utrwaleniu w pamięci obrazów danego narządu. Stosowany przez nas z początku ogólnie przyjęty w tym dziale sposób podawania omawianych w większości podręczników tylko zasadniczych wskazówek sprowadzał rolę lekarza, prowadzącego ćwiczenia do wyczekiwania aż student sam własnemi siłami pokona szereg nieznanych mu trudności, uniemożliwiających prawidłowe badanie. Przeprowadzając przez czas dłuższy analizę przyczyn każdego nieudanego badania ustaliliśmy cały szereg niekiedy drobnych, ale ważnych, często przeoczanych przeszkód i trudności, które po dłuższej wprawie w badaniu pomału znikają i dlatego nie bywają zwykle w podręcznikach omawiane. Tymczasem trudności te są jedną z głównych przyczyn słabych postępów studentów pomimo całorocznych ćwiczeń.

Z drugiej strony ściślejsza obserwacja sposobów badania doświadczonych oto-laryngologów wykazuje, że używają oni często, nieświadomie wielu nabytych podczas praktyki celowych ruchówi usuwających wskazane trudności. Pokazywanie studentom tych ruchów, jako też nauczenie świadomego unikania nastręczających się trudności jest drugim bardzo ważnym punktem nauczania badań uszu, gardła i nosa.

Przeszkody, trudności i błędy w tych badaniach powstają przeważnie albo 1) wskutek niedogodnej pozycji lekarza i chorego albo też 2) wskutek nieumiejętnego władania reflektorem i wziernikami 3) lub też wskutek odruchów, powstających podczas badania.

Niezmiernie ważna, zwłaszcza dla początkujących sprawa najdogodniejszej pozycji badającego i chorego nie jest jeszcze ściśle opracowana. Podczas oglądania nosa większość autorów radzi sadzać chorego przed sobą bez podania ściślejszych wskazówek na jakiej wysokości w stosunku do lekarza ma być głowa chorego.

Szmurło radzi sadzać chorego w ten sposób, by dno nosa było na jednej linji z okiem badającego. Nasze obserwacje również wskazują, że najdogodniej jest badać nos, gdy lekarz siedzi nieco niżej od chorego. Heymann potwierdza dogodność tej pozycji w badaniu nosa. W kwestji badania ucha znaleźliśmy tylko u Urbantschitsch'a dokładniejsze podanie pozycji głowy chorego, która powinna być odgięta w ten sposób, by badane ucho było zwrócone nieco ku górze. Z naszego doświadczenia wynika, że najdogodniej jest w większości przypadków badać ucho, zwłaszcza dla początkujących przy odchylonej nieco głowie w stronę przeciwległego ramienia i gdy się patrzy przytem nieco od dołu i tyłu do góry i ku przodowi, mniej więcej w kierunku linji, łączącej początek zewnętrznego przewodu usznego z zewnętrznym kątem oka tej samej strony. W laryngoskopji większość autorów radzi sadzać chorego w ten sposób, by oko badającego znajdowało się na jednym poziomie z ustami chorego. Nasza praktyka w prowadzeniu ćwiczeń praktycznych wykazuje, że początkującym najłatwiej jest obejrzeć struny głosowe, gdy siedzą wyżej chorego, lub nawet stoją, jak przy oglądaniu przedniego spoidła strun głosowych. Teoretycznie pozycja taka jest również najdogodniejsza dla początkujących, bo przytem ogląda się największą część krtani nawet przy niedostatecznem wyciąganiu języka i unoszeniu się nagłośni.

Z naszych obserwacyj wynika, że najczęstszym błędem popełnianym przez studentów i początkujących lekarzy co do pozycji jest

niewyrównanie zmian pozycji chorego i lekarza, zachodzących w trakcie badania wskutek nieświadomości tego, że tak chory jak i lekarz często mimowolnie zmieniają ustawienie głowy i tułowia. Początkujący studenci zwykle przeprowadzają badania, nie zmieniając pozycji, wskazanej przez lekarza w początku badania. Główną przyczyną niemożności dłuższego zachowania podczas badania raz ustalonej pozycji jest niedogodne usadowienie chorego i samego lekarza na początku badania. Często niewyrównane bywają większe różnice we wzroście chorego i lekarza. Wysoki student, badający małego pacjenta, lub odwrotnie powinien mieć ten moment badania na względzie i przed przystąpieniem do badania usadowić chorego i samego siebie stosownie do podanych wskazówek i obowiązujących prawideł. Podczas badania uszu rozpowszechniony jest sposób tylko zwracania na stronę głowy siedzącego prosto przed lekarzem chorego, zamiast sadzania chorego bokiem do lekarza. W tej pozycji chory już po krótkim czasie mimowolnie zmienia pozycję głowy wskutek napięcia mięśni szyji i łatwo występującego zmęczenia. Takie ustawienie chorego wpływa ujemnie na dokładność badania nawet wprawnego lekarza, początkującym zaś często uniemożliwia badanie.

Podczas badania nosa chorzy zwykle zbyt wysoko unoszą nos do góry w mniemaniu, że w ten sposób ułatwiają lekarzowi badanie. Początkujący zwykle nie zmienia tej pozycji chorego, lub też niedostatecznie obniża głowę pacjenta, i przez to nie może dokładnie obejrzeć dolnych części nosa. Utrudnieniem dla początkujących jest też napinanie przez chorego podczas badania nosa wargi górnej i zwężenie przez to zewnętrznych otworów nosowych. Praktykowane zwykle w tych przypadkach forsowne rozszerzanie nozdrzy sprawia ból i chory odruchowo cofa głowę zmieniając ustawione położenie i badający znów traci pole widzenia. Najlepszą radą w tych przypadkach jest zalecić choremu szeroko otworzyć usta, co uniemożliwia napinanie warg. Często też chorzy cofają głowę pod uciskiem szpadli, wzierników i lusterek krtaniowych, lub też wskutek zbyt forsownego wyciągania języka. Uświadomienie studentów o konieczności stałego kontrolowania i poprawiania podczas badania pozycji chorego i lekarza znacznie ułatwia nauczanie badań oto-laryngologicznych. Ten ważny moment nauczania w większości podręczników nie był podnoszony.

Drugim, również w piśmiennictwie niedostatecznie uwzględnianym ważnym momentem, znacznie ułatwiającym nauczanie i opanowanie techniki badań uszu, gardła i nosa, jest uświadomienie uczących się,

że podczas oglądania poszczególnych części oglądanych narządów należy odpowiednio zmieniać położenie głowy tak lekarza jak i chorego i nieco w innym kierunku rzucać światło. Wprawny oto-laryngolog wykonywa te ruchy automatycznie poruszając głową chorego w różnych kierunkach albo zapomocą wolnej ręki, lub też zapomocą nieco silniejszego ucisku szpadlem czy wziernikami, wyzyskując obronne cofnięcie się przytem głowy chorego pod wpływem ucisku.

W opisywaniu badania nosa wszyscy autorowie zgodnie radzą poruszać głową chorego tylko ku górze i ku dołowi przy oglądaniu górnych i dolnych części nosa, a nie wspominają zwykle, że obracanie głowy chorego i lekarza w kierunkach bocznych również znacznie ułatwia obejrzenie zewnętrznych części nosa i przegrody. Dokładna obserwacja zachowania się podczas badania wprawnego lekarza przekonywa, że każdy oto-laryngolog nieświadomie wszystkie te ruchy wykonywa, o czem łatwo można byłoby się przekonać na odpowiednich zdjęciach kinematograficznych. W dostępnem dla nas piśmiennictwie tylko Heymann radzi przy rhinoscopia anterior ruszać głową chorego we wszystkich kierunkach. Wendel, Philips radzą to samo czynić podczas otoskopji, a Bresgen — podczas laryngoskopji. Brünings radzi podczas laryngoskopji ruszać głową chorego przy nieruchomej głowie lekarza. Większość zaś autorów nie wspomina, o dogodności i konieczności poruszania głową chorego w różnych kierunkach podczas wszystkich bez wyjątku badań oto-laryngologicznych.

Po utrwaleniu w pamięci obrazów wzrokowych danych narządów i wprawieniu się w należytem ustawianiu chorego opanowanie samej techniki władania instrumentami idzie już dość łatwo. Dla dokładnego i szybkiego nauczania władania wziernikami i narzędziami pomocniczemi konieczne jest rozłożenie ruchów, związanych z danem badaniem na kolejne okresy. W razie nieudanego badania uczący się powinien powtórzyć, przerobić przed lekarzem wszystkie wskazane ruchy i zwykle przytem wykrywa popełniony przez siebie błąd w manipulowaniu instrumentem i w ten sposób świadomie nauczy się należytego sposobu badania i analizowania swego postępowania. Plan ruchów i udogodnień podczas badania powinien być możliwie wyczerpujący i stale przez prowadzącego ćwiczenia uzupełniany bądź to przez zastosowywanie rzadziej ogłaszanych udogodnień w badaniu, lub też przez wprowadzenie sposobów nabytych z własnego doświadczenia. Podczas oglądania nosa należy wspomnieć o nieświadomie wykonywanym przez wszystkich, obserwowanych przez nas wpraw-

nych oto-laryngologów, nie wspominanym w piśmiennictwie ruchu odchylania zapomocą wprowadzonego wziernika końca nosa chorego do wewnątrz przy oglądaniu zewnętrznej ściany nosa i na zewnątrz— przy oglądaniu przegrody nosowej. Ruch ten jest niezbędny przy dokładnem oglądaniu tych okolic.

Nauczanie techniki badań uszu może być znacznie ułatwione przez przyzwyczajenie badającego do ostrożnego obracania w różnych kierunkach wziernika usznego w celu znalezienia w polu widzenia błony bębenkowej i obejrzenia poszczególnych jej części. O takiem obracaniu wziernikiem wspominają w dziale techniki badania niektórzy autorowie jak Politzer, Lermoyez, Wendel i Schnitzler. Lermoyez radzi poruszać nie samym końcem wziernika, by nie urazić przewodu usznego a całym wziernikiem. Nasze badania wykazały, że w wielu przypadkach, zwłaszcza w przewodach wąskich i znacznie zakrzywionych samo tylko odciąganie małżowiny usznej nie wystarcza do wyprostowania przewodu i zwykle w tych przypadkach lekarz automatycznie, nieświadomie wyprostowuje przewód też zapomocą bocznej strony wziernika, odpychając nią tylno-górną ścianę przewodu usznego. Lermoyez radzi przy wąskich przewodach polecać choremu opuszczać szczękę dolną, przez co przewód znacznie się rozszerza. Ważna jest również, wskazówka, podawana tylko w niektórych podręcznikach (Lermoyez, Kerrison), że u małych dzieci, u których niema jeszcze kostnej części przewodu usznego należy podczas otoskopji dla łatwiejszego obejrzenia błony bębenkowej odciągnąć małżowinę uszną nie ku górze i tyłowi jak u dorosłych, a ku dołowi i przodowi. Wobec braku u małych dzieci kostnego przewodu, który wskutek swej wrażliwości poniekąd zabezpiecza przed zbyt głębokiem wkładaniem wąskich wzierników, należy u dzieci wykonywać otoskopję ze zwiększoną uwagą i ostrożnością.

Najtrudniejsze jest nauczenie się badania krtani. Przeprowadzane przez nas różne doświadczalne sposoby nauczania tego działu wykazały, że najlepsze i najszybsze postępy w laryngoskopji wykazywali ci studenci i lekarze, którzy najpierw przyzwyczajali się do władania lusterkiem krtaniowem, oglądając podstawę języka, nagłośnię i krtań bez jednoczesnego wyciągania i przytrzymywania języka chorego. Wykonywane były te badania z początku na znieczulonych pacjentach, poczem chory sam sobie przytrzymywał wyciągnięty język, następnie przechodziło się do badania chorych nieznieczulonych, u których badający wprawiał się najpierw we władaniu lusterkiem zupełnie bez wyciągania języka. W tej pozycji przy spokojnie

leżącym w jamie ustnej języku również bardzo często można widzieć całą krtań, a zawsze podstawę języka i nagłośnię. Wyciąganie i trzymanie języka jest jedną z przyczyn wywołujących i wzmagających odruchy gardłowe i dlatego też należy do tego aktu laryngoskopji przystępować dopiero po wprawieniu się we władaniu lusterkiem krtaniowem. W piśmiennictwie Tobold podkreśla konieczność stopniowego nauczania laryngoskopji z początku na fantomach i trupach, a potem na żywych. Dla ułatwienia badania krtani Collet i Denker radzą kontrolować, by chory sam aktywnie wysuwał język, wówczas nagłośnia lepiej się unosi i zmniejszają się odruchy gardłowe. Collet podaje jeszcze praktyczną uwagę, że przed badaniem należy zbyt wilgotny język obsuszać, by się palce nie zsuwały i nie trzymały za koniec języka, co zwykle wywołuje ból i wzmożenie odruchów. Konieczne jest przed przystąpieniem do oglądania krtani zawsze sprawdzić czy chory normalnie oddycha, bo wyciąganie języka i dotykanie lusterkiem podniebienia miękkiego zwykle wywołuje odruchowe zatrzymanie oddechu. („Badanie nad odruchami gardłowemi" Dylewski). Niekiedy chorzy umyślnie zatrzymują oddech podczas badania krtani. Niewprawny lekarz, przystępujący do badania krtani bez sprawdzenia oddechu chorego zwykle zmuszony jest natychmiast przerywać badanie wskutek występującego odruchu dławienia, kaszlu, lub wymiotów, następującego po zatrzymaniu oddechu.

Dużą pomocą w nauczaniu badań oto-laryngologicznych było podanie krótkiego schematu opisywania stanu badanych narządów. Posługiwanie się takim schematem znacznie ułatwia badanie i opisywanie oglądanego narządu, przyczem badający nie opuszcza żadnego szczegółu, posiadającego znaczenie djagnostyczne. Podczas przeprowadzania ćwiczeń z większemi grupami słuchaczów, znacznie ułatwiało pracę przez utrzymanie wśród ćwiczących się pewnej dyscypliny i skupienie uwagi, okresowe zapisywanie przez badających wyników badania.

Przeprowadzając nasze ćwiczenia praktyczne z oto-laryngologji ze studentami i lekarzami z uwzględnieniem omówionych w niniejszym artykule wskazówek i momentów nauczania, stwierdziliśmy u słuchaczów znaczne polepszenie postępów. Uwzględnianie tych wskazówek może ułatwić pracę również lekarzom, ćwiczącym się w otolaryngologji samodzielnie z pomocą tylko podręczników.

Poniżej podajemy ułożony przez nas plan badań praktycznych dla studentów, rozłożony stosownie do planu studjów na kilkanaście części. Mniej liczne grupy dokształcających się w oto-laryngologji

lekarzy, jak wykazała nasza praktyka, mogą dokładnie opanować technikę badań i ambulatoryjnych zabiegów oto-laryngologicznych w przeciągu ośmiu godzin ćwiczeń.

Plan ćwiczeń praktycznych z otolaryngologji.

I CZĘŚĆ ĆWICZEŃ.

Ćwiczenia praktyczne są poprzedzone wykładami teoretycznemi z anatomji i fizjologji uszu, nosa, gardła i krtani. Praktyka bowiem wykazała, że niedostateczna znajomość anatomji tych narządów, zwłaszcza stosunków topograficznych poszczególnych ich części znacznie utrudnia nauczanie. Pierwsza część ćwiczeń poświęcona jest badaniu narządów normalnych, prawidłowych, względnie z mniejszemi odchyleniami od normy (np. skrzywienia przegrody, miernego stopnia obrzmienia, powiększenia muszel nosowych, wciągnięcia błony bębkowej i t. d.). Ćwiczą się studenci w tej części wzajemnie na sobie samych i na fantomach.

I ćwiczenie.

Krótkie objaśnienia sposobu badań otolaryngologicznych. Ustawienie chorego, pozycja lekarza. Umiejscowienie źródła światła. Wkładanie i sposób używania reflektora i zewnętrznego badania nosa i ucha. Podanie schematu opisywania jamy ustnej i gardła. Zaznajomienie ze sposobem używania szpadla. Ćwiczenia w rzucaniu światła na fantomach, oraz podczas zewnętrznego badania i opisywania nosa, ucha, jako też badanie i opisywanie jamy ustnej i gardła.

II ćwiczenie.

Sprawdzenie umiejętności każdego studenta w rzucaniu światła. Samodzielne ćwiczenia bez pomocy kierownika grupy w badaniu i opisywaniu jamy ustnej i gardła oraz zewnętrznego badania nosa i ucha. Szczegółowe zapisywanie na kartkach wyników badania według podanego schematu.

III ćwiczenie.

Demonstrowanie po kolei wszystkim studentom przez lekarza wnętrza nosa, połączone z objaśnieniami stosunków topograficznych różnych części badanego narządu. Demonstracje te odbywają się przez ramię lekarza, oraz zapomocą różnych przyrządów do demonstrowania (wzierników elektrycznych Ekert-Moebius'a Eicken'a i innych, oraz zapomocą polilaryngoskopu, przez który można pokazywać odrazu 8 osobom nie tylko krtań, ale też i nos i ucho.

Demonstruje się wnętrze nosa o rozmaitych odmianach z widoczną i niewidoczną muszlą środkową, z rozmaitego stopnia skrzywieniami przegrody, z obecnością wydzieliny w różnych częściach nosa i t. p. Podczas demonstracji sprawdza się umiejętność studentów orjentowania się w nosie. Ćwiczenie to ma na celu utrwalenie w pamięci naturalnych obrazów, które potem będą oglądane i opisywane.

IV ćwiczenie.

Nauczanie sposobu używanie wzierników nosowych. Pokazywanie kolejno wszystkich ruchów, potrzebnych do prawidłowego władania wziernikiem. Wskazanie błędów technicznych, popełnianych podczas badania nosa i trudności przytem

napotykanych. Podanie i objaśnienie schematu badania nosa. Ćwiczenia w badaniu nosa przy stałej pomocy i udzielaniu wskazówek ze strony lekarza, kierującego ćwiczeniami.

V ćwiczenie.

Samodzielne badanie nosa bez pomocy lekarza z zapisywaniem na kartkach wyników badania według podanego schematu.

VI ćwiczenie.

Wprawianie się w drobnych zabiegach w nosie i gardle. Nakręcanie wacików na sondy, pulweryzacja nosa i gardła, pędzlowanie nosa, gardła i nosogardła, zakładanie waty i sączków do nosa i t. d. Wszystkie te zabiegi studenci zwykle chętnie robią wzajemnie na samych sobie, zaznajamiając się przytem z różnemi instrumentami i przyrządami, stosowanemi w otolaryngologicznej praktyce ambulatoryjnej.

Demonstrowanie przez lekarza po kolei wszystkim studentom na obrazkach, fantomach i na ludziach (sposobami, omawianemi wyżej w dziale badania nosa) normalnego przewodu usznego i błony bębenkowej celem utrwalenia w pamięci danych obrazów wzrokowych.

VII ćwiczenie.

Badanie ucha. Objaśnienie sposobu badania. Ustawienie chorego i pozycja lekarza. Nauczenie sposobu używania wzierników usznych ze szczegółowem pokazywaniem wszystkich rozłożonych ruchów przytem stosowanych. Tłumaczenie błędów i trudności spotykanych podczas badania ucha i utrudniających to badanie. Podanie schematu badania ucha. Badanie ucha na kolegach przy stałej pomocy kierownika grupy.

VIII ćwiczenie.

Samodzielne badania uszu na kolegach bez pomocy lekarza ze szczegółowem opisywaniem na kartkach wyników badania według podanego schematu. Badanie ruchomości błony bębenkowej wziernikiem Siegla.

Drobne zabiegi uszne (przedmuchiwanie sposobem Politzera, wkładanie sączków, przemywanie ucha i t. d.).

IX ćwiczenie.

Ćwiczenia w badaniu słuchu za pomocą szeptu, zegarka, stroików. Próby Webera, Schwabacha, Rinne, Gelé i t. d.

Zmiana partnerów i samodzielne badanie (z zapisywaniem na kartkach) nosa, gardła i uszu.

X ćwiczenie.

Demonstrowanie normalnej krtani na tablicach, fantomach, preparatach anatomicznych i na ludziach sposobami, podanemi wyżej, oraz za pomocą direktoskopji na specjalnie przygotowanym do demonstracji chorym. Demonstrowanie różnego kształtu nagłośni. Objaśnienia i nauczenie rozpoznawania różnych części krtani.

XI ćwiczenie.

Badanie krtani. Objaśnienia sposobów badania krtani i władania lusterkiem krtaniowem. Ustawienie chorego, pozycja lekarza. Wskazywanie trudności badania i błędów technicznych, przytem popełnianych. Podanie schematu badania i opisywania krtani. Badanie krtani na fantomach oraz na kolegach po znieczuleniu kokainą śluzówki gardła (lub na chorych znieczulonych). Podczas tego ćwiczenia chory sam przytrzymuje sobie wyciągnięty język, pod który podkłada się watę dla zapobiegania zranienia wędzidełka języka. Studenci więc ćwiczą się tylko we władania lusterkiem krtaniowem i oglądaniu okolicy podstawy języka, nagłośni a częściowo i samej krtani.

XII ćwiczenie.

Dalszy ciąg ćwiczeń w badaniu krtani. Badanie okolicy podstawy języka, nagłośni i krtani bez wyciągania przez badającego języka chorego. Podczas tych badań ogląda się krtań przy wyciągniętym przez samego chorego języku, jako też przy spokojnie leżącym języku w jamie ustnej, przyczem w znacznej liczbie przypadków można dobrze obejrzeć krań. W drugiej połowie tego ćwiczenia studenci ćwiczą się w zwykłym, ogólnie przyjętym sposobie badania krtani z przytrzymywaniem przez badającego wyciągniętego języka chorego. Kilkoletnia praktyka wykazała, że studenci chętnie przerabiają wzajemnie na sobie wszelkie badania i zabiegi i pozwalają sobie znieczulać gardło, zwłaszcza ci, którzy skarżą się na pewne dolegliwości ze strony gardła i krtani i u których podczas ćwiczeń stawia się rozpoznanie.

XIII ćwiczenie.

Samodzielne badanie krtani na kolegach ze szczegółowem zapisywaniem wyników badania na kartkach według podanego schematu. Drobne zabiegi krtaniowe na fantomach i ludziach (pędzlowanie krtani, zalewanie leków do krtani). Pokazywanie sposobu badania krtani u dzieci.

XIV ćwiczenie.

Samodzielne badanie nosa, gardła uszu i krtani na nowych kolegach z zapisywaniem wyników badania według schematów.

II CZĘŚĆ ĆWICZEŃ.

W tej części studenci ćwiczą się na chorych, celem wprawienia się rozpoznawaniu obrazów patologicznych w nosie, uchu, gardle i krtani oraz prowadzenia leczenia ambulatoryjnego i drobnych zabiegów otolaryngologicznych (usuwanie ciał obcych z nosa i ucha, kateteryzacja ucha, przekłucie błony bębenkowej, przypalanie muszel nosowych, badanie stanu aparatu statycznego, branie próbnych kawałków do badania anatomopatologicznego i t. d.). Studenci również asystują przy drobnych i większych operacjach otolaryngologicznych. Ta część ćwiczeń ma na celu przygotować przyszłego lakarza do zastosowania zdobytych wiadomości praktycznych z otolaryngologji w swej praktyce w przypadkach lżejszych i nauczenia wstępnego postępowania w przypadkach bardziej ciężkich, wymagających specjalnego, klinicznego, względnie szpitalnego leczenia otolaryngologicznego.

Ćwiczenia odbywają się w ten sposób, że studenci, podzieleni na grupy po 2 — 4 osoby (zależnie od liczebności całego kursu) jeden raz tygodniowo w ciągu całego ostatniego, wiosennego trymestru 5-go roku przychodzą na cały dzień pracy do kliniki, przyjmują udział pod kontrolą kierownika swej grupy w przyjęciach ambulatoryjnych, asystują przy opatrunkach i operacjach chorych stacjonowanych, przy obchodach i t. d.

Piśmiennictwo.

1) Bresgen. Krankheits u. Behandlungslehre d. Nasen-Mund u. Rachenhöhle, sowie des Kehlkopfes u. der Luftröhre. 1897. 2) Collet. Oto-laryngologie avec application à la neurologie. 1928. 3) Coates, George Morrison. Training in otolaryngology. Zntrbltt f. H. N. O. Bd. XI. 4) de Carli. Importanza clinico-socialé della otolaryngologia. Ztrbltt f. H. N. O. Bd. XI. 5) Denker u. Brünings. Lehrbuch d. Krankheiten des Ohres u. d. Luftwege. 6) Duke. Allergy as related to oto-laryngologie. Ann. of. otol. V. 36 Nr. 3. 7) Dylewski. Badania nad odruchami gardłowemi. Pamiętnik Wileńsk. Tow. Lek. T. VII zesz. 2. 8) Eicken. Die Untersuchung der Mund u. Rachenhöhle. Im Denker u. Kahler T. 1. 9) Erbrich. Metody badania krtani, tchawicy i oskrzeli głównych. 1919. 10) G. Eield. A Manual of diseases of the ear. 1899. 11) Gottstein. Bolezni gortani. 1886. 12) Grunwald. Die Krankkeiten d. Mundhöhle, d. Rachens u. d. Nase. 1912. 13) Finder. Rhinologische Technik. Die Untersuchung d. Nase. Dsch. med. Woch. Jg. 48 Nr. 47. 14) Hammerschlag. Therapie d. Ohrenkrankbeiten. 1904. 15) Heyman. Hndbuch d. Laryngologie u. Rhinologie. 1900. 16) Heindl. Therapie d. Mund-Rachen u. Kehlkopfkrankheiten. 1906. 17) Heryng. Metody badania krtani. 18) Jurasz. Laryngoskopja i choroby krtani. 1878. 19) Jacobson. Rukowodstwo po usznym boleźniam. 1901. 20) Kerrison. Diseases of the ear. 1913. 21) Lermoyez. Traitê des affections de l'orreille. 1927. 22) Marriot. Pediatrie aspects of Otolaryngologiy" Ann. of. otol. V. 36, Nr. 3. 23) Moos. Klinik der Ohrenkrankheiten. 1866. 24) Nikitin. Bolеźni nosowoj połości. 1901. 25) Politzer. Lehrbuch d. Ohrenheilkunde. 1908. 26) Sroetter. Lekcji o boleźniach gortani i nasa. 1894. 27) Schlittler. Klinische Methoden der Untersuchung des Cehöhrganges. 1926. 28) Schwartze. Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres. 1885. 29) Szmurło. Choroby nosa i jamy nosowo-gardłowej. 30) Szmurło. Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku. 31) Szmurło. Choroby krtani i tchawicy. 32) Seiffert. Untersuchungsmethoden des Kehlkopes. im Denker u. Kahler. 33) Taczanowski. Rys praktycznej otjatrji. 1868. 34) Taczanowski. Laryngoskopja i Rynoskopja 1871. 35) Troeltsch. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1873. 36) Urbantschitsch. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1890. 37) Wendel Christopher Phillips. Diseases of the ear, nose and throat. 1911. 38) Żebrowski. Zarys otjatrji. 1921. 39) Zarniko. Diagnostik der Nasenkrankheiten. Denker u. Kahler.



Doc. Dr. B. DYLEWSKI.

Die Unterricht an den Universitäten der otolaryngologischen Untersuchungstechnik.

Nach der Besprechung der bisherigen Unterrichtsmethoden der otolaryngologischen Untersuchungstechnik berichtet Verfasser über die Erfolge solcher Unterricht in den letzten 6 Jahren auf der otolaryngologischen Universitätsklinik in Wilno. Während dieser Zeit wurden verschiedene Modifikationen in der Unterrichtsart und Experimentalmethoden eingeführt. Zum Schluss stellt Verfasser einen auf Grund seiner Erfahrung bearbeiteten Plan für die Unterricht der otolaryngologischen Untersuchungstechnik vor.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.

Analiza 32 przypadków przebicia wrzodów żołądka i dwunastnicy.

D-r LEON ACHMATOWICZ.

Poszczególne opisy wrzodów żołądka, a zwłaszcza ich przedziurawień były podane już w 1586 r. przez Marcellus'a, Donatus'a i Bauhin'a. Kliniczne zaś i anatomo-patologiczne objawy tego cierpienia opisywane były przez Baillie w 1799—1807 r. Jednakże dopiero po pracach Cruveilhiers z r. 1829 — 1835 i Rokitansky'ego z r. 1842 cierpienie to zostało wydzielone w odrębną postać chorobową pod nazwą choroby Cruveilhiers. Anglicy Brinton (1857 r.) i Fenwick przyczyniają się w znacznym stopniu do dokładniejszego zbadania tego cierpienia. W ciągu zaś 100 ostatnich lat zjawia się długi szereg prac z tej dziedziny. W obecnym stanie wiedzy lekarskiej w przebiegu okrągłego wrzodu żołądka i dwunastnicy rozróżniamy następujące powikłania: 1) krwawienie, 2) rakowe zwyrodnienie, 3) zakażenie z przejściem w ropowicę żołądka, 4) przedziurawienie i 5) drążenie do sąsiednich narządów (penetratio). Poza tem wrzody mogą prowadzić do zmian kształtu i ułożenia żołądka.

W ostatnich latach, sądząc z piśmiennictwa, daje się zauważyć znaczny wzrost liczby wrzodów, powikłanych przedziurawieniem.

Ilość zabiegów dokonanych z powodu tego powikłania wzrasta w większym stopniu, aniżeli z powodu wrzodów nie powikłanych.

Bertel Bager podaje następujące zestawienie z 3-ch ostatnich pięcioleci:

	Pierwsze 5-lecie	Drugie 5-lecie	Trzecie 5-lecie	Wzrost liczby zabiegów w %
Wrzody niepowikłane . .	1821	2796	3141	72,5%
Wrzody przedziurawione .	332	470	693	100,3%

Zjawisko to jest obserwowane we wszystkich krajach nowego i starego świata. To samo stwierdzamy w szpitalu Św. Jakóba w Wilnie. Okoliczność powyższa pobudziła mnie do poddania analizie wypadków obserwowanych przezemnie i moich kolegów.

—·—

Jeżeli chorego z wrzodem żołądka lub dwunastnicy, powikłanym przedziurawieniem, pozostawimy własnemu losowi, to zazwyczaj sprawa kończy się ogólnem zakażeniem otrzewny i chory umiera najdalej w ciągu kilku dni. Jednak w wyjątkowych przypadkach, pierwsze groźne objawy ustępują i sprawa ogranicza się. Wtedy najczęściej powstają ropnie ograniczone przyżołądkowe, podprzeponowe, przynerkowe, między pętlami jelit i t. d. Ropnie te mogą prowadzić do zakażenia otrzewny, do zakażenia całego ustroju, dawać ropnie przerzutowe do innych narządów, przebijać się do narządów sąsiednich, jak naprzykład do jamy opłucny, osierdzia, płuc i t. d., opróżniać się do światła jelit i w wyjątkowych przypadkach nazewnątrz. W pomyślnych przypadkach ropnie te ulegają wessaniu. Tą drogą nastąpić może samoistne wyleczenie. Częstość jego Schnitzler, Lieblein, Hilgenreiner i Mayo-Robson określają liczbą 5%.

Na naszym oddziale obserwowaliśmy cztery przypadki (№№ 2, 7, 12 i 25) wrzodów przedziurawionych, nieoperowanych z powodu braku zgody ze strony chorych. Wszyscy 4-ej zmarli w ciągu 15, 35, 20 i 24 godzin od chwili przebicia wrzodu.

Operacja z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka po raz pierwszy została dokonana przez Mikulicza w roku 1880. Zabieg polegał na zszyciu wrzodu. Chory zmarł. Dopiero w 12 lat później Heusner operuje podobny przypadek z powodzeniem.

We Francji po raz pierwszy, jednak bez powodzenia, podobny zabieg był dokonany przez Poncet'a i Waltera w 1891 r. a następnie przez Le Dentu w 1892 r. Wynik pomyślny osiąga dopiero w 1894 r. Michaux i wkrótce potem w tymże roku Hartmann.

W Anglji pierwszy operował bez powodzenia w r. 1887 Taylor; z pomyślnym wynikiem w r. 1893 Gilford.

W Szwajcarji operuje odrazu z dobrym wynikiem w roku 1893 Roux.

Sądząc z dostępnego mi piśmiennictwa, w Polsce pierwszą podobną operację wykonano na oddziale dr. Krajewskiego w r. 1903. Przypadek ten opisany przez d-ra Wertheima dotyczył przedziurawienia rakowatego wrzodu żołądka. Operacja polegała na zszyciu przedziurawienia i przemyciu następnem jamy brzusznej „słoną wodą“. Chory zmarł po 20 dniach.

Od końca XIX wieku liczba zabiegów operacyjnych dokonanych z tego powodu wciąż wzrasta i dzisiaj uważamy operację za jedyną racjonalną metodę leczenia przedziurawionych wrzodów.

Materjał nasz obejmuje 28 przypadków operowanych: 4 nieoperowane, razem 32 przypadki. Przedmiotem naszych dalszych rozważań będą wyłącznie przypadki operowane.

Znamiennem jest, że w roku 1919 do 1924 nie mieliśmy na oddziale żadnego takiego chorego. Pierwszy przypadek zdarzył się w r. 1924, a od r. 1927 liczba tych przypadków stale wzrasta, a. m.

1924 r.—1 oper.	1928 r.—6 oper. i 1 nieoper.
1925 r.—1 nieoper.	1929 r.—3 oper. i 1 nieoper.
1926 r.—1 oper.	1930 r.—7 oper.
1927 r.—5 oper. i 1 nieoper.	1931 r.—5 oper.

Naumann z kliniki Payr'a zwraca uwagę na gwałtowne zwiększenie się na początku wojny światowej liczby przedziurawień wrzodów żołądka i dwunastnicy w okolicach Lipska, szczególnie u kobiet. W kilka miesięcy potem liczba perforacyj ulega stopniowemu zmniejszeniu i dopiero w okresie powojennym—w latach 1920—1924 znowu wzrasta i osiąga poziom z roku 1914. Zjawisko to Naumann tłumaczy wzruszeniem psychicznem, któremu szczególnie ulegały kobiety na początku wojny i upatruje w tem potwierdzenie teorji Bergmanna. Przyzwyczajanie się do wzruszeń psychicznych w następnych latach wojny wpływało na zmniejszenie liczby przedziurawień. Ponowny wzrost krzywej od 1920 r. przypisuje Naumann lepszemu odżywianiu się, a przedewszystkiem wzmożonemu spożyciu mięsa po okresie głodu (veränderte vegetative Wetterlage Payer). Gwałtowny wzrost przedziurawień na naszym materjale w latach 1927 — 1931 należy tłumaczyć innemi czynnikami, a. m: 1) znacznym rozwojem Kas Chorych, powstawaniem bezpłatnych przychodni dla bezrobotnych i biednych, powiększeniem liczby lekarzy na prowincji, co ułat-

wiło szerszym masom korzystania z pomocy lekarskiej i umożliwiło wcześniejsze leczenie szpitalne, 2) możliwem przejadaniem się, a zapewne też nadużywaniem alkoholu i tytoniu.

Liczba zabiegów z powodu przedziurawienia wrzodu w stosunku do liczby ogólnej operowanych wrzodów jest zmienna i zależy od rodzaju zakładu. Naogół w oddziałach szpitalnych, odnośne liczby są wyższe aniżeli w klinikach, gdyż rozporządzają one większym materjałem doraźnym.

Podajemy poniżej zestawienie różnych autorów:

Moynihan 3%
Br. Mayo 5%
Hesse 16%
Finney 28%
Brutt 92%
Nasze zestawienie 57,9%

Nasze zestawienie obejmuje przypadki zaczynając od r. 1927. Poniższa tabelka zestawia liczby leczonych i operowanych z powodu przedziurawienia wrzodów żołądka i dwunastnicy w poszczególnych latach w stosunku do ogólnej liczby zabiegów dokonanych na oddziale chirurgicznym szpitala św. Jakóba.

Rok	Oper. wrzody przedziur.	Ogólna liczba zabiegów chirurg.
1927	5	566
1928	6	371
1929	3	733
1930	7	837
1931	5	882

Jak wynika z danych sekcyjnych Citronblatta i Basslera, opartych na rozległym materjale kilku Berlińskich szpitali, dość znaczna liczba przedziurawionych wrzodów żołądka i dwunastnicy nie jest wcale operowana, a nawet nie jest rozpoznawana za życia. Tak, na 5320 sekcyj dokonanych w ciągu 10 lat, zostało stwierdzone przedziurawienie wrzodu w 50 przypadkach, z czego operowanych było tylko 10, a rozpoznanych za życia, lecz nieoperowanych 18. W 22 przypadkach przedziurawienie wrzodu zostało ustalone dopiero na stole sekcyjnym. Na zasadzie powyższego zestawienia Citronblatt przychodzi do wniosku, że w 44% wrzody żołądka i dwunastnicy, powikłane przedziurawieniem, nie są wcale operowane. Bassler na 59450 sekcyj stwierdził w 4,4% występowanie wrzodów żołądka i dwunastnicy w tem 5% przedziurawionych.

Umiejscowienie wrzodów powikłanych przedziurawieniem jest różne. W zestawieniach starszych częściej występowały wrzody żołądka. Ostatnio przeważają wrzody dwunastnicy. W statystyce zbiorowej Brunnera z r. 1903 na 380 wrzodów żołądka przypadło zaledwie 86 wrzodów dwunastnicy. Ostatnie zestawienie Mayo z roku 1918 podaje na 71 wrzodów żołądka przedziurawionych aż 216 takichże wrzodów dwunastnicy, czyli trzykrotnie więcej. Ostatnie zestawienia francuskie stwierdzają naodwrót znaczną przewagę wrzodów żołądka. Nowsze dane niemieckie wykazują przewagę wrzodów dwunastnicy. Bertel Bager (1929 r.) na 1488 przedziurawionych wrzodów, leczonych w szpitalach Szwecji, stwierdza 69,3% wrzodów żołądka i 30,7% wrzodów dwunastnicy. W porównaniu z zestawieniem dawniejszem Petréna z r. 1911 i tutaj stwierdzamy większy wzrost liczby wrzodów dwunastnicy (wzrost dla wrz. żoł. 180%, a dla dwunastnicy 225%). Judin z Moskwy (1931 r.) na 114 tak powikłanych wrzodów operował 97 wrzodów dwunastnicy i 17 wrzodów żołądka. Trudno przypuścić, aby na takie umiejscowienie wrzodów wpływało, jak sądzą niektórzy, położenie geograficzne kraju, raczej należy to złożyć na karb odmiennego ustalania dokładnego miejsca położenia wrzodu przez różnych chirurgów.

Jeżeli chodzi o umiejscowienie przebitych wrzodów w żołądku, to w zestawieniach dawniejszych Brunnera (1903 r.) takowe częściej występowały w pobliżu wpustu żołądka (card. 122 : pyl 75), zaś z zestawień nowszych wynika częstsze ich usadowienie wpobliżu odźwiernika. Jak wynika z innych zestawień, ściana przednia żołądka i dwunastnicy jest bardziej ulubionem miejscem wrzodów, aniżeli ich ściana tylna. Według tejże statystyki Brunnera, ściana przednia jest siedmiokrotnie częściej zajęta od ściany tylnej (278 : 42). Nowsze zestawienia (Petrén, Norrlin, Bager, Radojevitch) dają jeszcze większą, a. m. piętnastokrotną, a nawet dwudziestopięciokrotną przewagę ścianie przedniej żołądka. Tak samo w dwunastnicy Deaver i Ashurst stwierdzają dziesięciokrotnie częstsze przebicia wrzodów na ścianie jej przedniej.

O ile obecność kilku naraz niepowikłanych przebiciem wrzodów żołądka i dwunastnicy jest zjawiskiem względnie częstem, jak wynika z zestawienia Grossa z r. 1904 (97 : 463) i Neumanna z roku 1926 (31 : 78), o tyle jednoczesne przebicie dwu lub kilku wrzodów jest znacznie rzadsze. Bertel Bager w r. 1929 zebrał zaledwie 9 takich przypadków na ogólną liczbę 1767 operowanych z powodu przebicia wrzodu. Simon i Masson zebrali w roku 1927 z całego

dostępnego im piśmiennictwa tylko 32 przypadki jednoczesnego, względnie w odstępach kilkugodzinnych przedziurawienia wrzodów żołądka i dwunastnicy. Moynihan jednoczesne przebicie kilku wrzodów stwierdza aż w 20%.

Na szczególną uwagę zasługuje przypadek Jaboulay'a z przedziurawieniem jednoczesnem 3-ch wrzodów i przypadek Mulledera i Neuberg'a z przebiciem 4-ch wrzodów. Przytem możliwe są różne zespoły umiejscowień, a. m. przedziurawienie jednoczesne na jednej lub obu powierzchniach żołądka względnie też na żołądku i dwunastnicy.

W naszym materjale mieliśmy 4 wrzody dwunastnicy i 24 wrzody żołądka. Wszystkie one były umiejscowione na ścianie przedniej tych narządów z przedziurawieniem pojedyńczem.

Sciślejsze umiejscowienie tych wrzodów wyjaśnia poniższe zestawienie:

Dwunastnica (cz. poz. górna)		4 przyp.
Odźwiernik		11 „
Część przyodźwiernikowa		5 „
Krzywizna mała	część środkowa	1 „
	„ przyodźw.	7 „
		28 przyp.

Płeć. W zestawieniach dawniejszych wrzody żołądka częściej występowały u kobiet, natomiast wrzody dwunastnicze częściej u mężczyzn.

Brunner w 1903 r. na 341 przypadków wrzodów żołądka stwierdził takowe u kobiet 273 razy, a u mężczyzn 68. Natomiast na 82 wrzody dwunastnicy na mężczyzn przypadło 74, a tylko 7 u kobiet. Schoemaker w r. 1915 na 238 wrzodów żołądka znalazł je w 123 przypadkach u kobiet i w 115 u mężczyzn. W zestawieniach nowszych przedziurawienia wrzodów żołądka, a szczególnie dwunastnicy, występują w znacznej części u mężczyzn. W zestawieniu zbiorowem chirurga francuskiego Hartmanna (r. 1926) na 245 takich wrzodów, 219 przypadło na płeć męską i tylko 26 u kobiet. Schwarz (Praga Czeska r. 1928) stwierdza to samo na 60 przypadków wrzodów dwunastnicy u jednej tylko kobiety, i na 63 wrzodów żołądka u 9 kobiet. Bertel Bager w Szwecji (1929 r.) na 1495 przypadków wrzodów żołądka i dwunastnicy stwierdza 1089 mężczyzn i tylko 405 kobiet. Judin (Moskwa) w 1931 r. na 343 wrzodów stwierdza je zaledwie u 5 kobiet. W naszym szpitalu na 28 operowanych chorych, mieliśmy tylko jedną kobietę. Czterej nieoperowani — mężczyźni.

Znacznie rzadsze występowanie przedziurawienia wrzodów u kobiet można by tłumaczyć ich regularniejszym trybem życia oraz wyjątkowem tylko używaniem alkoholu i tytoniu.

Wiek. Przedziurawienie wrzodów następuje we wszystkich okresach życia. Lee i Wells, Bisset i Nuzum podają wypadki przedziurawienia wrzodów u płodów w życiu macicznem. Durante i Ecalle u 7-dniowego dziecka. Finney u $2^1/_2$ miesięcznego dziecka. Dumas i Fraenkel u 6 miesięcznego dziecka i t. p. Z drugiej strony Cope stwierdza takie wrzody u starca 82 lat. Frankenthal u 83 letniego, a Kotzarew u starców 84 i 85 lat.

Wiek naszych chorych jest uwidoczniony w poniższem zestawieniu:

Od 16 do 20 lat	2 chorych
„ 20 „ 30 „	5 „
„ 30 „ 40 „	11 „
„ 40 „ 50 „	5 „
„ 50 „ 60 „	3 „
„ 60 „ 70 „	2 „

Z naszego zestawienia wynika, że przedziurawienie wrzodów występuje najczęściej pomiędzy 20 a 50 rokiem życia, w szczególności zaś często w wieku od 30 do 40 roku życia. Mniej więcej podobne dane wypływają z innych zestawień.

Zawód naszych chorych:

Rolników	11
Urzędników	2
Handlowców	1
Farmaceutów	1
Rzemieślników	4
Bez zajęcia	8
Zajęcie domowe	1

Ponieważ ludność rolnicza przeważa w naszym kraju, liczba 11 rolników nie świadczy o szczególnej ich skłonności do tego schorzenia.

Zebranie wywiadów dotyczących dolegliwości żołądkowych u wszystkich chorych z ostrą sprawą w jamie brzusznej jest niezmiernie ważne, a przy ustalaniu wrzodu przedziurawionego nieraz bywa czynnikiem decydującym.

Bertel Bager podaje pod tym względem następujące zestawienie:

Chorzy bez jakichkolwiekbądź dolegliwości	127
„ cierpiący od tygodnia	80
„ „ od tygodnia do miesiąca	107
„ „ dłużej niż od roku	497

Chorzy cierpiący od miesiąca do roku 175
„ z przemijającemi skargami od kilku lat . 202

Kobiety według tego autora, częściej i dłużej zdradzają podobne dolegliwości.

Gross stwierdza dolegliwości żołądkowe u 90% chorych. U 10% zaś przebicie występuje w pełni zdrowia.

Z tych zestawień wynika, że mniej więcej co dziesiąty chory nie zdradza żadnych objawów. Występuje to szczególnie często przy wrzodach dwunastnicy.

Zestawienie nasze:

Żadnych dolegliwości nie miało . .	10	chorych
Cierpiący od trzech dni	3	„
„ „ siedmiu dni	1	„
„ „ dwu tygodni	1	„
„ „ kilku tygodni	1	„
„ „ roku i więcej	12	„

Do tych danych nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi, dlatego, że mniej kulturalna większość tych chorych niektóre objawy żołądkowe, jak np. pieczenie, odbijanie się, czkawkę i t. p. uważa za normalne. Jednak nie możemy odmówić pewnej wartości zeznaniom chorych, więc należy przyjąć istnienie wrzodów o przebiegu niczem napozór nie objawiającem się.

Czas występowania przedziurawienia. Judin interesował się specjalnie sprawą występowania przedziurawień w zależności od pory roku i dnia. Na podstawie swego materjału (116 przyp.) przyszedł on do wniosku, że liczba przedziurawień w każdym miesiącu jest mniej więcej jednakowa.

Zgodnie z drobiazgowem zestawieniem Judina, w porze nocnej przedziurawienia zdarzają się stosunkowo rzadko. Wkrótce po śniadaniu przedziurawienia występują częściej, a najczęściej w godzinach popołudniowych (poobiednich) i (wieczornych) po kolacji. Bertel Bager uważa, że przedziurawienia powstają zwykle w końcu trawienia, a w ciągu dnia najczęściej między 16 a 20 godziną, Naogół mniej więcej dwie trzecie tych powikłań przypada na porę dzienną i zaledwie jedna trzecia w nocy.

Na naszym materjale liczba przypadków w poszczególnych miesiącach przedstawia się jak następuje: w styczniu — 3 przypadki, w marcu — 3, w maju — 5, w czerwcu — 3, w lipcu — 2, w sierpniu — 3, we wrześniu — 2, w październiku — 2, w listopadzie — 1 i w grudniu — 4.

W zależności od pory dnia stwierdziliśmy pewien wpływ wypełnienia żołądka na częstość występowania przedziurawień wrzodów, a m. w porze nocnej—5 wypadków, w godzinach rannych naczczo—1, z rana po śniadaniu—3, po obiedzie w godzinach popołudniowych—5, wieczorem przed kolacją—5, po spożyciu wieczerzy—3 i po zjedzeniu do syta owoców i kapusty niezależnie od pory dnia—2 wypadki.

Przedziurawienie wrzodu na skutek urazu jest sprawą wyjątkowo rzadką. Duval, Toupet, Pover i inni opisują podobne przypadki po urazie brzucha.

Zostały opisane niejednokrotnie przypadki przebicia wrzodów po podaniu kaszki bismutowej przy rentgenoskopji. Zbyt brutalne obmacywanie brzucha w tych wypadkach odegrało prawdopodobnie rolę decydującą.

Postacie kliniczne. W przebiegu wrzodu żołądka lub dwunastnicy powikłanego przebiciem rozróżniamy 3 zasadnicze postacie: 1) najczęstszą postać ostrą, 2) postać podostrą (Moynihan) i 3) postać przewlekłą ze szczególną skłonnością do powstawania ropni ograniczonych.

W poszczególnych wypadkach na szybkość przebiegu i postać kliniczną wpływają następujące czynniki: czas powstania przedziurawienia w zależności od przyjętych pokarmów, obfitość takowych, rodzaj pokarmu, usadowienie wrzodu, wymiary otworu, rodzaj infekcji, obecność możliwych zrostów, własności otrzewny, odporność ustroju i t. p.

Czynniki te pozwoliły niektórym autorom (Mondor, Schnitzler, Gregoire, Moynihan, Villard i Pinatello i t. d.) wyodrębnić następujące dodatkowe postacie kliniczne:

1) Postać ostra, najczęstsza objawiająca się: nagłym początkiem, typowym wywiadem, gwałtownemi bólami brzucha, właściwemi objawami przedmiotowemi i ich szybkim przebiegiem.

2) Postać ukryta, rzadka, przy której chirurg przypuszcza wrzód niepowikłany, a zabieg ujawnia przedziurawienie i daleko posunięte zmiany otrzewny (Gregoire).

3) Postać o objawach niewyraźnych. Tego rodzaju przebicia najczęściej stanowią niespodziankę na sekcji. Przebieg kliniczny takich postaci jest nader różnorodny, a bóle są umiejscowione w różnych okolicach brzucha i klatki piersiowej.

4) Przedziurawienie t. zw. nakryte (Schnitzler, gedeckte Perforationen). Znamionuje je nagły początek i ostre krótkotrwałe bóle. Otrzymujemy na skutek tego wrażenie zupełnej likwidacji sprawy

i gdy chory jest operowany w kilka dni potem, stwierdzamy w czasie zabiegu przedziurawienie przykryte płatem wątroby, pęcherzykiem żółciowym, siecią i t. p.

5) Przedziurawienie dwuokresowe lub trzyokresowe. Po typowym nagłym początku wszystko przychodzi do normy jak w postaci poprzedniej i w kilka godzin lub dni potem, występuje drugie lub trzecie przedziurawienie do wolnej jamy brzusznej.

6) Przedziurawienie t. zw. tylne — usadowione na tylnej ścianie żołądka lub dwunastnicy. Rozpoznanie tych przedziurawień przed zabiegiem jest trudne. Znamiona przebicia: bóle w dołku, skurcz mięśni nadbrzusza, wczesne chełbotanie w okolicy nadbrzusza, niekiedy uwypuklenie tej okolicy, szczególnie po stronie lewej. W przypadkach przedziurawień wrzodów dwunastnicy, może wystąpić odma podskórna, lub ropnie w okolicy lędźwiowej prawej.

7) Postać piorunująca (Fenwick) z zejściem śmiertelnem niezwłocznem lub w kilka godzin.

8) Przedziurawienie okołowpustowe o przebiegu podobnym do ostrych schorzeń narządów klatki piersiowej.

9) Przedziurawienie krzywizny małej (Villard i Pinatello) o początku dwuokresowym, bólach w okolicy wyrostka mieczykowatego, częstych wymiotach i bębnicy nadbrzusza.

Niezależnie od tego podziału, Lapeyre proponuje rozróżnianie trzech następujących postaci: 1) postaci zwykłej, 2) postaci symulującej zapalenie wyrostka robaczkowego; zazwyczaj w tych przypadkach chodzi o przebicie wrzodów dwunastnicy i 3) postaci, symulującej schorzenia narządów klatki piersiowej, z uczuciem strachu, zaburzeniami oddechu, sinicą bólami w łopatce i skurczem przepony. Postać tę napotykamy najczęściej przy przebiciach wrzodów żołądka w jego górnym odcinku.

Z powyższego wynika, jak nieraz trudne jest rozpoznanie przebicia wrzodu i jak ważna jest trafna ocena wyników badania przedmiotowego i wywiadu. Tem więcej, że wszelka zwłoka w decyzji w tak nagłych wypadkach pociąga za sobą skutki fatalne dla chorego.

Objawy. Mondor, jeden z najbardziej utalentowanych chirurgów francuskich doby obecnej, opisuje te objawy w sposób następujący: „po przebiciu wrzodu i przedostaniu się zawartości żołądka lub dwunastnicy do jamy brzusznej, występuje zespół objawów klinicznych o ścisłym charakterze, a. m. 1) nagły gwałtowny ból, 2) skurcz i sztywność mięśni całej ściany brzusznej i 3) niezwykła jej wrażliwość na dotyk. Jeżeli prócz tego wywiad ujawnia poprzednie dole-

gliwości żołądkowe, obraz chorobowy staje się zupełnie jasny. Na zasadzie tych objawów lekarz jest uprawniony rozpoznać przedziurawienie w górnym odcinku przewodu pokarmowego i spowodować niezwłoczną interwencję chirurgiczną. Wyczekiwanie nowych objawów jest zbyteczne, gdyż wystąpią one już po zakażeniu septycznem otrzewny".

Naogół w przebiegu przebicia wrzodu rozróżnia się 3 okresy: 1) okres wstrząsu, 2) okres remisji, 3) okres zakażenia otrzewny.

Według większości autorów nagły początek choroby występuje w 90%. Ten nagły początek Brinton opisuje dosadnie w sposób następujący: „nagłe przejście od pozornie zupełnego zdrowia do gwałtownego cierpienia i śmierci". Taki początek stwierdziliśmy na naszym materjale u 19 chorych. Niekiedy tylko mogą wystapić bóle zwiastunowe. Do objawów zwiastunowych naczęściej napotykanych należą: silniejsze, stale utrzymujące się bóle, nieznaczne dreszcze, stan podgorączkowy, mdłości, niekiedy nawet wymioty zwykłe lub krwawe. Loeper opisuje kilkudniowe zaparcia stolca. O ile pod wpływem leczenia zachowawczego, objawy te nie ustąpią zapowiada to, według Ryser'a, możliwe przedziurawienie wrzodu. Pauchet utrzymuje nawet, że w niektórych przypadkach na podstawie bólów zwiastunowych można napewno przewidzieć przedziurawienie.

Podobne objawy zwiastunowe mogliśmy stwierdzić na naszym materjale w 9 przypadkach, u 3-ch chorych (Nr. 13, 17, 29) trwały one w ciągu 3-ch dni przed przedziurawieniem wrzodu. U chorego Nr. 21 wystąpiły one na 2 dni przed przedziurawieniem i trwały w ciągu 2-ch godzin. U chorego Nr. 10 „smaliło w dołku jak ogniem w ciągu kilku dni". U chorego Nr. 24 „paliło w gardle i gniotło w dołku". Chory Nr. 1 miał w ciągu 2-ch tygodni mdłości, odbijanie się i brak łaknienia. Chory Nr. 23 doznawał bólów w dołku od kilku tygodni. Chory Nr. 31 doznawał zwiększenie się bólów brzucha od 10 dni. Wszyscy ci chorzy twierdzili, że wszelkie środki, które przedtem bóle łagodziły, obecnie już nie skutkują.

Po takich wstępnych objawach, w pewnej chwili, naraz, bóle wybuchały z wielką siłą. Chwilę tę uważamy za początek przedziurawienia. U 21 chorych bóle te, niezmiernie ostre były podobne do uczucia doznawanego przy pchnięciu nożem (coup de poignard peritoneal Dieulafoy). U chorego Nr. 30 bóle były tępe. Czterech chorych doznawało bólu piekącego „jak ogniem smali". U 2-ch chorych bóle chwilami malały, potem znów narastały, u reszty chorych bóle od samego początku choroby nie ustępowały ani na chwilę.

Umiejscowienie tych bólów ma wartość rozpoznawczą. Bóle umiejscowione w dołku, podżebrzu i podbrzuszu prawem przemawiają za wrzodem dwunastnicy; bóle w dołku, pępku i podżebrzu lewem przemawiają za wrzodem żołądka. Przy przebiciu wrzodu dwunastnicy bóle nigdy nie występują po stronie lewej.

Na naszym materjale na początku przebicia wrzodu żołądka bóle były umiejscowione jak następuje: w dołku — 7 razy, w pępku i dole brzucha — 1 raz (Nr. 9 wrz. krz. mał.), w okolicy prawej nerki — 1 raz (Nr. 30 wrz. odźw.), pod łukiem żebrowym prawym — 1 raz (Nr. 14 wrz. odźw.), w prawej połowie brzucha — 1 raz (Nr. 8 prz. ściana odźw.), bóle całego brzucha — 12 razy (Nr. Nr. 4, 6, 11, 15, 16, 18, 19, 22, 27, 28, 29, 31), na początku nie było bólów, a tylko zapaść — 1 raz (Nr. 20 wrz. krz. małej).

W przedziurawionym wrzodzie dwunastnicy bóle były umiejscowione na początku przebicia: w dołku 1 raz (Nr. 13) i w całym brzuchu 3 razy (Nr. 17, 26 i 32).

Należy przytem zaznaczyć, że bóle, stanowiące tak ważny objaw rozpoznawczy, nie występują zupełnie pomimo przebicia u chorych z niektóremi schorzeniami rdzenia i w stanach opilstwa.

Na samym początku przedziurawienia u 3 chorych wystąpiło krótkotrwałe omdlenie.

Wymioty, jak można sądzić z obliczeń Lauret'a, występują w 60% przy wrzodach przebitych żołądka i w 74% — dwunastnicy. Niektórzy, jak Traube i Epstein, uważają, że w przedziurawieniach żołądka do wymiotów wogóle nie dochodzi, gdyż zawartość żołądka szybko przedostaje się przez otwór do jamy brzusznej. Na początku perforacji, zanotowaliśmy wymioty przy wrzodzie żołądka w 12 przypadkach, a w 4 innych stwierdziliśmy tylko mdłości. W przedziurawionym wrzodzie dwunastnicy (4 przyp.) wymioty stwierdziliśmy 2 razy. Wymioty u wszystkich chorych były przeważnie jednorazowe i skąpe, domieszki krwi nie stwierdzono w żadnym wypadku.

Zaparcie stolca i gazów stwierdzono u 27 chorych, natomiast u jednej chorej od drugiego dnia choroby wystąpiło rozwolnienie, które trwało przez jedną dobę.

Mocz wszyscy chorzy oddawali w skąpej ilości, u kilku wystąpił bezmocz, w wielu zaś przypadkach nie mogli go oddać o własnych siłach. U jednego chorego (Nr. 29) wystąpiło zatrzymanie moczu: pęcherz sięgał do pępka, lecz przeszkody anatomicznej nie stwierdzono.

Badanie przedmiotowe. W zakresie wyników badania przedmiotowego dzielę chorych na 2 grupy. Podział jest oparty na zmianach anatomicznych otrzewny stwierdzonych w czasie operacyj.

Pierwsza grupa obejmuje przypadki, względnie wczesne, w których: a) zmian zapalnych otrzewny nie stwierdzono i b) zmiany zapalne otrzewny były umiejscowione w najbliższem sąsiedztwie otworu.

Do drugiej grupy należą przypadki spóźnione, w których stwierdzono: a) postępujące zapalenie części, względnie całej otrzewny i b) rozlane ropne zapalenie całej otrzewny.

W przypadkach względnie wczesnych na pierwszy plan występują objawy kliniczne właściwe dla przedziurawionego wrzodu, w przypadkach zaś spóźnionych dominują objawy postępującego, względnie już rozlanego ropnego zapalenia otrzewny.

Grupa wczesna — zaliczam do niej tylko 5 chorych—w tem do podgrupy a)—2 chorych (Nr. 16—6 godz. po przebiciu i Nr. 31—8 godz. po przebiciu) i do podgrupy b)—2 chorych (Nr. 13—7 godz. po przebiciu i Nr. 20—4 godz. po przebiciu). Piąty chory (Nr. 30)—5 godz. po przebiciu z powodu błędu rozpoznawczego—nie był operowany niezwłocznie, na skutek czego został zaliczony do grupy drugiej. Wyosobnienie tego przypadku jest wskazane, gdyż wypadek ten najlepiej ilustruje tragiczne skutki, jakie pociąga za sobą wyczekiwanie w celu wyjaśnienia ściślejszego rozpoznania.

Klasycznym przykładem przedziurawienia obserwowanego w samej chwili wypadku, znanym w literaturze jest przypadek opisany przez Gejer'a w 1929 r., cytowany przez Mondor'a. Przytaczam go poniżej.

„Mężczyzna lat 37, właściciel restauracji, przybył do gabinetu Gejer'a w celu zasięgnięcia porady. Chory był naczczo od 15 godzin. W chwili zbierania wywiadu, chory dostaje nagle, tak silnych bólów brzucha, że skurczył się we dwoje. W czasie badania wyjaśniono, że chory cierpi od kilku dni na dolegliwości żołądkowe, polegające na pieczeniu w żołądku, które występuje w 2 godziny po jedzeniu i znika po ponownem przyjęciu pokarmu. Objektywnie stwierdzono: Szok słabo wyrażony, oddech dość łatwy, typu piersiowego, cały brzuch sztywny, ze skurczem mięśniowym bardziej zaznaczonym w części górnej, ogólna wrażliwość brzucha większa w okolicach nadbrzusza i podżebrza prawego. W 10 minut po wypadku, chory był poddany rentgenoskopji, podczas której stwierdzono, że prawa połowa przepony jest unieruchomiona i spłaszczona w części środkowej, natomiast lewa jej połowa jest nieruchoma w czasie kaszlu, a w czasie

oddechu porusza się nieznacznie. Pod każdą połową przepony niewielka ilość gazu. Tętno chorego wynosiło 74 na minutę; leukocytów we krwi stwierdzono 8500, a w 2 godziny potem — 12000 w 1 mmc. Niezwłoczny zabieg ustalił obecność w jamie brzusznej żółtego gęstego płynu o zapachu treści żołądkowej, oraz przedziurawiony wrzód odźwiernika".

Stan ogólny chorych z grupy I, był przeważnie bardzo ciężki, lecz sądząc z ich opowiadań, samopoczucie w chwili przybycia do szpitala było lepsze niż na początku choroby. Wygląd i zachowanie się tych chorych uderzały odrazu: leżeli oni spokojnie, skupieni w swym bólu, starając się nie wykonywać żadnego ruchu. Niektórzy z nich byli w stanie szoku z twarzą bladą pokrytą lepkim potem (Nr. 13 i 31).

U chorego Nr. 20 od samego początku wystąpiły zapaść i gwałtowne bóle brzucha. Po zbadaniu go przez lekarza w szpitalu, bóle zupełnie ustąpiły. Ponieważ chory narazie nie zgodził się na zabieg, dokonano go w parę godzin później. Chory Nr. 30 po przybyciu do szpitala czuł się względnie dobrze: nieznaczne bóle brzucha i okolicy prawej nerki, tętno 66 na min., oddech dość łatwy; spowodowało to odłożenie operacji do rana z zejściem tragicznem dla chorego. Jak widzimy stan pozornego polepszenia może trwać nawet kilka godzin, jednak zazwyczaj szybko mija. Jest to polepszenie pozorne i zdradliwe, które powoduje niekiedy wątpliwości i błędy rozpoznawcze, oraz zwłokę w zabiegu a co zatem idzie niepomyślne jego wyniki.

Tętno chorych w tym okresie było pełne i miarowe. U chorego Nr. 16 wynosiło ono 84 na min., u chorego Nr. 20—96 na min., u chorego Nr. 30—zaledwie 66 na min. Tętno chorych Nr. 13 i 31 wynosiło 100 i 108. Obaj oni przybyli do szpitala stosunkowo późno, gdyż w 7 i 8 godzin po wypadku.

Oddech tych chorych był przyśpieszony o typie piersiowym, a u chorego Nr. 13 — krótki powierzchowny.

Ciepłota ciała u 3 chorych była normalna, a u 2 — nieprzekraczała 37,5.

Język u 2-ch chorych był wilgotny u jednego — suchy u pozostałych schnący.

Brzuch był przeważnie płaski, mięśnie ściany brzusznej niezmiernie napięte, ściana brzucha twarda jak deska, unieruchomiona. U chudych wyraźnie występowały smugi ściągnięte i kształt mięśni płaskich. Dwaj chorzy mieli brzuch lekko wzdęty.

S t ł u m i e n i e w ą t r o b y było zniesione tylko u jednego chorego. Zniesienie stłumienia wątrobowego w pierwszych godzinach po przebiciu uważane jest za objaw kliniczny niezmiernie ważny. Dane statystyczne jednak stwierdzają, że występuje ono nie stale. Brunner podaje, że stłumienie wątroby bywa zniesione w 50%, zmniejszone w 25%, i zachowane w 25%. John Deaver na 147 przyp. stwierdził zniesienie stłumienia w 43 przyp., zmniejszenie w 46 przyp. i nienaruszone stłumienie w 58 przyp. Soupault natomiast stwierdził zniesienie stłumienia u wszystkich swoich chorycb, i przypisuje temu objawowi zasadnicze znaczenie rozpoznawcze.

Obecność wolnego gazu w okolicy podprzeponowej stwierdzona roentgenoskopowo w ciągu pierwszych godzin po wystąpieniu objawów przebicia, łącznie z innemi objawami, ostatecznie stwierdza fakt przedziurawienia (Judin). Okoliczność tę stwierdziło wielu klinicystów i roentgenologów (Assman, Dahm, Schinz, Schottmuller i t. d). Szczególnie ją podkreśla Kudlek i nazywa ten objaw „pneumoperitoneum antehepaticum". Z powodu braku aparatu Roentgena na naszym oddziale, chorych w tym kierunku nie badaliśmy.

W o l n e g o p ł y n u w tych 5 przyp. wypukowo nie stwierdziliśmy. Przy obmacywaniu brzucha uderzała nadzwyczajna jego wrażliwość na dotyk. Bolesność u 3-ch chorych występowała szczególnie w podżebrzu i podbrzuszu prawem. U chorego Nr. 30 największą bolesność stwierdzono w okolicy prawej nerki, a u chorego Nr. 31 cały brzuch był równomiernie bolesny.

Zestawienie powyższych objawów grupy pierwszej, zmusza nas do podkreślenia w tej grupie niewspółmierności, jaka istnieje z jednej strony pomiędzy ogólnym ciężkim stanem chorego i niesłychanie bolesnym i twardym jak deska brzuchem, a z drugiej strony niepowiększoną lub podgorączkową ciepłotą ciała, oraz pełnem miarowem, a niekiedy nawet zwolnionem tętnem (Nr. 30).

W grupie tej zdarzył się błąd rozpoznawczy w jednym przypadku. Po stwierdzeniu u chorego Nr. 30 tętna 66 na min. przy ciepłocie ciała 37,5 oraz bólu zlokalizowanego w okolicy prawej nerki, uważano, że sztywność brzucha jest spowodowana sprawą chorobową w nerce prawej i zdecydowano zaczekać do rana. Po upływie 12 godzin, chory miał już wszystkie objawy rozlanego zapalenia otrzewny. Czterej inni chorzy nienasuwający wątpliwości przy ustalaniu rozpoznania, byli natychmiast operowani.

Przy ustalaniu rozpoznania należy pamiętać, że obrazy kliniczne zbliżone do wrzodów przedziurawionych, mogą dawać ostre spra-

wy, toczące się w każdym narządzie jamy brzusznej; niektóre ostre sprawy zapalne narządów klatki piersiowej we wczesnych okresach, jak np. ropnie płuc, zapalenia płuc, opłucny, osierdzia i t. p.; schorzenia narządów położonych pozaotrzewnowo, szczególnie często ostra martwica trzustki; wreszcie ostre schorzenia samej ściany brzusznej. Jeżeli do tego wykazu spraw o objawach podobnych dodamy jeszcze zakrzepy naczyń krezkowych, kolkę ołowiową, crises gastriques, zapalenia opon mózgowych i wreszcie zatrucia, to musimy przyjść do wniosku, że rozpoznanie przedziurawienia wrzodu nie zawsze jest łatwe.

Zabieg. Operacja stwierdziła u chorego Nr. 13 przedziurawiony wrzód na przedniej ścianie opuszki dwunastnicy, tuż przy odźwierniku. Wymiar poprzeczny otworu przebicia wynosił 1 cm. Otwór otaczała tkanka bliznowata, twarda, zajmująca całą ścianę odźwiernika i dwunastnicy. W jamie brzusznej stwierdzono obfitą zawartość o zapachu treści żołądka, z dużą ilością zupy, kaszy i bułki, prócz tego z jamy brzusznej wydzielał się z sykiem, pozbawiony zapachu gaz w dużej ilości. Otrzewna jelit i żołądka nie wykazywała zmian zapalnych, w pobliżu zaś otworu wystąpiły w nieznacznej ilości złogi świeżego włóknika. U chorego Nr. 16 stwierdzono przebity wrzód na przedniej ścianie odźwiernika z otworem wielkości srebrnej złotówki. W jamie brzusznej płyn z resztkami pokarmu — w niezbyt dużej ilości. Otrzewna jelit i żołądka bez zmian. U chorego Nr. 20 operacja ujawniła pęknięty wrzód na krzywiźnie małej z otworem wielkości grosza, otoczonym twardą bliznowatą tkanką, zajmującą prawie całą krzywiznę pokrytą złogami włóknika. Otrzewna jelit bez zmian. U chorego Nr. 31 stwierdzono przedziurawiony wrzód na przedniej ścianie części przyodźwiernikowej żołądka z otworem wielkości grochu polnego. Brzegi tego wrzodu w promieniu 1 cm. były twarde, bliznowate. Wysięku — dużo, otrzewna — bez zmian. Zabieg operacyjny polegał na obszyciu wrzodu w dwa piętra. U chorego Nr. 13, ze względu na przewężenie, które powstało po zszyciu dokonano następnie zespolenia żołądkowo-jelitowego tylnego. Jamę brzuszną zamknięto na głucho chorym Nr. 16 i 31. U chorych zaś Nr. 13 i 20 — pozostawiono sączek w dolnym odcinku rany.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań — u chorych Nr. 16, 20 i 31. U chorego Nr. 13 w przebiegu pooperacyjnym wytworzył się po stronie prawej ropień podprzeponowy, ropny wysięk opłucny i ropień płuca. Operowano go następnie dwukrotnie. Wszyscy czterej chorzy wyzdrowieli.

Drugą grupę stanowią przypadki spóźnione. Przypadki te cechuje: coraz większy upadek sił, szybkie narastanie objawów otrzewnowych, tętno miękkie, coraz mniej wyczuwalne, oczy zapadnięte, rysy twarzy zaostrzone, głos przytłumiony, brzuch coraz więcej wzdęty, chorzy ci giną w oczach. Wobec tak ciężkiego stanu chorego, chirurg przystępuje do operacji z tem przykrem przeświadczeniem, że wynik zabiegu jest niemal, że przesądzony i wykonuje go li tylko z nakazu moralnego. Należy tu jednak zaznaczyć, że stan depresji duchowej chirurga nie zawsze jest uzasadniony, gdyż, niekiedy nawet w wypadkach bardzo śpóźnionych, udaje się chorego uratować.

Chorych z postępującem zapaleniem części, lub całej otrzewny mieliśmy 13: Nr. 3 — 24 godz., Nr. 5 — 12 godz., Nr. 6 — 10 godz., Nr. 9 — 24 godz., Nr. 10 — 10 godz., Nr. 18 — 24 godz., Nr. 19 — 12 godz., Nr. 21 — 17 godz., Nr. 22 — 15 godz., Nr. 23 — 28 godz., Nr. 24 — 16 godz., Nr. 26 — 36 godz. i Nr. 32 — 17 godz. po przebiciu.

Chorych z rozlanem ropnem zapaleniem otrzewny, należących zgodnie z naszym podziałem do podgrupy b) — mieliśmy 11-tu: Nr. 1 — 24 godz., Nr. 4 — 20 godz., Nr. 8 — 168 godz., Nr. 11 — 24 godz., Nr. 14 — 28 godz., Nr. 15 — 72 godz., Nr. 17 — 24 godz., Nr. 27 — 18 godz., Nr. 28 — 36 godz., Nr. 29 — 9 godz., Nr. 30 — 17 godz. po przebiciu.

W tej grupie w większości przypadków brak typowych objawów klinicznych.

Ogólny stan bardzo ciężki występował u 15-tu chorych, u 7-iu był on beznadziejny, z wybitną twarzą Hippocratesa, a u 2-ch pozostałych — niezły.

Temperaturę normalną stwierdzono u 7-iu chorych, od 37 do 38, u 7-iu chorych, od 38 do 38, 4 u 4-ch chorych.

Tętno wahało się od 86 do 100 u 6-iu chorych, od 100 do 120 u 11-tu chorych, ponad 120 u 4-ch chorych, bez tętna — 2-ch chorych. U większości chorych tętno było słabo wypełnione, miękkie, nitkowate.

Język wilgotny stwierdzono u 6-ciu chorych, suchy — u 11 chorych.

D. n.

Z Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie
(Kierownik Prof. dr. *T. Gryglewicz*).

Przypadek laboratoryjnego zakażenia laseczką Banga.

D-r med. HELENA DUNIN - HORKAWICZOWA
asystentka Zakładu.

W ubiegłym dziesięcioleciu w państwach Zachodniej Europy głównie w Danji, również w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i ostatnio także u nas spostrzegano i opisywano gorączkę, wywoływaną u ludzi laseczką Banga. Klinika, bakterjologja i serologja tych zakażeń wymaga jeszcze dokładniejszego, niż dotąd opracowania, i dlatego każdy przypadek powinien być ogłaszany. Przypadek laboratoryjnego zakażenia, który tu podaję, widocznie należy do przypadków bardzo rzadko spotykanych, gdyż w dostępnej mi literaturze nie mogłam odnaleść opisów zakażeń laboratoryjnych, które byłyby wywołane laseczką Banga. Jedynie H. Violle w swej monografji wspomina, że takie zakażenia były, lecz nie podaje gdzie i kiedy. (Pomijam tu znane w piśmiennictwie zakażenia laboratoryjne wywołane ziarniakiem febry maltańskiej, micrococcus melitensis syn. Brucella melitensis, jak również pomijam sprawę czy laseczką Banga należy utożsamiać z zarazkiem febry maltańskiej, czy też są to dwa zarazki różne).

Przypadek nasz dotyczy chorej lat 33, mężatki, asystentki Zakładu Bakterjologji. Chora od listopada 1931 r. w związku z pracami w Zakładzie przerabiała dużą ilość odczynów serologicznych (aglutynacja i wiązanie dopełniacza) ze szczepami l. Banga. W czasie powyższych badań wypadku, z którymby można było powiązać moment zakażenia, nie zauważyła. Nie można też ustalić daty zakażenia i okresu wylęgowego. Przebyte choroby: w 7-ym roku życia odra; w 22-im roku życia szkarlatyna; w 27-ym roku życia pleuritis exsudativa tbc. Dziedziczność: O. W połowie marca 1932 roku wystąpiła swędząca wysypka na twarzy o charakterze grudkowatym, nie ustępująca pod wpływem zewnętrznego leczenia. Z 8-go na 9-ty kwietnia, bez żadnych przekroczeń dyetetycznych poprzedniego dnia, w nocy wystąpiła silna biegunka śluzowa z domieszką krwi. Stolce śluzowo-krwawe w ciągu doby powtórzyły się 20 — 30 razy. Żadnych bólów w okolicy brzucha nie było. Temperatura 9.IV rano 36.7, wieczorem 38.0. Po południu tegoż dnia wystąpiły bóle mięśniowe wyraźnie na-

silające się przy ruchach. Ogólne samopoczucie dobre. Nazajutrz i dni następnych temperatura normalna, bóle mięśniowe ustąpiły, nieprawidłowe stolce (6—7 na dobę) utrzymywały się w ciągu kilku dni. Poczem, poza wyżej wzmiankowaną wysypką na twarzy, żadnych objawów chorobowych nie było. Przerwa bezgorączkowa trwała od 10.IV do 1.V. Dnia 1-go maja 1932 roku wystąpiły dokuczliwe o dużem nasileniu bóle mięśniowe karku i rąk, wieczorem dreszcze oraz temperatura 37.6. W ciągu 7-miu dni temperatura utrzymywała się na wysokości 38.8 — 39.2 z rannemi remisjami do 37.2. W godzinach popołudniowych wzmagały się bóle mięśniowe, występowały dreszcze oraz pocenie się; natomiast znikła wysypka swędząca. Stolce prawidłowe, apetyt dobry, samopoczucie dobre.

Posiewy krwi do buljonu z cukrem, na płytki agarowe i do podłoża agarżelatyna ($^3/_4$% agar + 5% żelatyna) wypadły ujemnie. Odczyn Widala z zawiesiną l. tyfusowych i paratyfusowych ujemny. Aglutynacja z dwoma szczepami l. Banga (szczepy wileńskie)—ujemna. Aglutynacja ze szczepem warszawskim l. Banga nie była dokonana.

Lekarz ordynujący zalecił chininę, uretan oraz salicyl. 7-go — 8-go dnia temperatura zaczęła opadać, dreszcze i bóle mięśniowe ustąpiły, wystąpił natomiast lekki obrzęk i ból obu gruczołów piersiowych; po zastosowaniu okładów ogrzewających bolesność po paru dniach ustąpiła.

Od 10-go maja do 2-go czerwca 1932 r. chora czuła się zupełnie dobrze; w godzinach popołudniowych występowało tylko nadmierne uczucie zmęczenia oraz powróciła swędząca wysypka, której nie było w okresie gorączkowym.

Dnia 2-go czerwca popołudniu ponownie wystąpiły bóle mieśni nazajutrz dreszcze oraz temperatura 38.2.

Badania przedmiotowe stwierdziły następujące odchylenia od normy: tętno przyśpieszone, nad koniuszkiem serca nieznaczny szmer skurczowy, wątroba powiększona i wrażliwa na dotyk, śledziona stale nie powiększona — macalna wyjątkowo w ciągu kilku dni (ob. krzywą temperatury). Mocz normalny. Badanie cytologiczne krwi: Erytrocytów w 1 mm^3 krwi: 4.200.000. Hemoglobina: 86 % (Sahli). Index: 1. Leukocytów w 1 mm^3 krwi: 6.150.

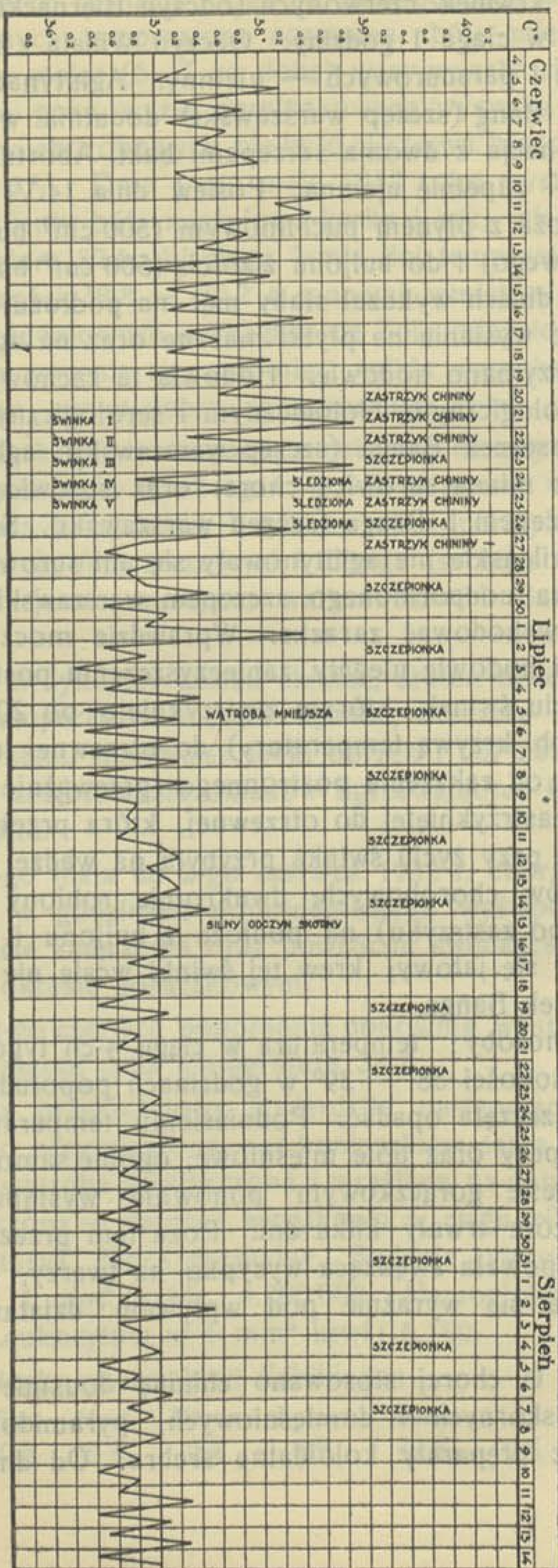
Wzór leukocytowy krwi Schillinga:

Bas.	Eos.	Myel.	Młode	Pałecz.	Wiel.	Limf.	Mon i Przejsc.
0%	0%	0%	2%	5%	42%	49%	2%

Opadanie krwinek czerwonych (odczyn Biernackiego) przyśpieszone: 20 mm w ciągu 1 godziny. Odczyn Widala z zawiesiną bakteryj durowych i paradurowych — ujemny. Aglutynacja dnia 14.VI z bakt. abortus Bang (szczep warszawski) dodatnia w rozcieńczeniu 1:3.600; aglutynacja z dwoma szczepami bakt. Abortus Bang (szczepy wileńskie) — zupełnie ujemna. Posiew dnia 14.VI krwi w ilości 2 cm^3 do podłoża z płynem puchlinowym (500 cm^3 buljonu+50 cm^3 płynu puchlinowego) i do buljonu z żółcią (500 cm^3 buljonu+50 cm^3 żółci) po 5-ciu dniach wykazał słaby męt na podłożu z płynem puchlinowym. Po wysianiu na płytki mazane oraz na agar skośny po 2-ch dniach otrzymano hodowlę. Hodowla ta zachowywała się pod względem morfologicznym, biologicznym i serologicznym identycznie ze szczepem laseczek Banga (szczep warszawski): aglutynowała się do jednakowego miana surowicą chorej oraz surowicą królika uodpornionego szczepem l. Banga (szczep warszawski). Szczepy zaś laseczek Banga wileńskie nie aglutynowały się ani surowicą chorej ani surowicą królika uodpornionego szczepem warszawskim. Z moczu nie udało się wyhodować zarazka. Wprawdzie mocz był zbierany nieaseptycznie i hodowle ulegały zanieczyszczeniu postronnemi bakterjami, a z 5-ciu świnek, którym zastrzyknięto po 20 cm^3 różnych porcji moczu (ob. krzywą temperatury) do otrzewnej lub pod skórę, wszystkie padły od zakażenia postronnego (przeważnie b. coli) z wyjątkiem jednej zastrzykniętej do otrzewnej, która przetrzymała zakażenie. Pozostała przy życiu świnka przybyła na wadze, nie wykazuje żadnych objawów chorobowych; dwukrotnie robiony posiew krwi (4 i 8 tygodni po zastrzyku) na podłoże z buljonu i płynu puchlinowego okazał się jałowy; krew tej świnki wcale nie aglutynowała szczepów laseczek Banga.

Przebieg choroby: temperatura w ciągu 4-ch tygodni utrzymywała się na wysokości 38 — 39^0 w godzinach popołudniowych, następnie zwolna zaczęła opadać. Podniesieniu temperatury towarzyszyły dreszcze, poty oraz bóle mięśniowe; ogólne samopoczucie dość dobre. Po okresie gorączkowym ponownie wystąpił ból piersi i obrzmienie, które trwały kilka dni. Poza tem przez dłuższy czas okresowo występowała swędząca wysypka na twarzy, rękach i szyi, która zaostrzała się wyraźnie pod wpływem działania promieni słońca.

Leczenie: U chorej stosowano chininę doustnie i w postaci wstrzykiwań doskórnych i domięśniowych, pyramidon, omnadinę, cylotropinę oraz preparaty koloidalne srebra. Od dnia 23.VI 32 r.


KRZYWA TEMPERATURY
C°
Czerwiec
Lipiec
Sierpień
40°
39°
38°
37°
36°
ZASTRZYK CHININY
ZASTRZYK CHININY
ZASTRZYK CHININY
SZCZEPIONKA
ZASTRZYK CHININY
ZASTRZYK CHININY
SZCZEPIONKA
ZASTRZYK CHININY
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
SZCZEPIONKA
ŚLEDZIONA
ŚLEDZIONA
ŚLEDZIONA
WĄTROBA MNIEJSZA
SILNY ODCZYN SKÓRNY
ŚWINKA I
ŚWINKA II
ŚWINKA III
ŚWINKA IV
ŚWINKA V

stosowano szczepionkę z bakt. Banga (szczep warszawski), sporządzoną w Zakładzie Bakterjologji U. S. B. w dawkach następujących: 100.000; 250.000; 500.000; 1.500.000; 2 milj.; 4 milj.; 7 milj.; 10 milj.; 13 milj.; 16 milj.; 20 milj.; 20 milj.; 20 milj.; w 1 cm^3 (ob. krzywą temperatury). Rozpoczynaliśmy szczepienia od tak małych dawek w obawie wywołania zbyt mocnego odczynu (shock) o którym wspominają autorzy. Po pierwszej dawce wystąpił odczyn ogólny w postaci wzmożonego bólu mięśniowego, łamania kości, temperatura wzniosła się do 38.4°C, oraz odczyn miejscowy w postaci nacieku i zaczerwienienia o średniej 2.5 × 2.5 cm. Następne dawki dawały tylko wyraźne odczyny skórne, które pod wpływem nawet krótkotrwałego działania słońca 5—10 krotnie się zwiększały. Obecnie chora czuje się zupełnie dobrze; od czasu do czasu występuje tylko wysypka na twarzy o znacznie słabszym nasileniu.

Objawy chorobowe w opisanym tu przypadku nie odrazu się zaznaczyły wyraźnie i dopiero w drugim i trzecim nawrocie gorączki ulegały stopniowemu i coraz większemu nasileniu. W początkowym okresie, kiedy choroba nie była rozpoznana, mieliśmy tylko wysypkę swędzącą, która znikała podczas następnych okresów gorączkowania i znów powracała w okresach bezgorączkowych. Rozpoznanie ustaliliśmy otrzymaniem hodowli ze krwi i próbą aglutynacyjną. Chora zakaziła się tylko szczepem warszawskim, bo surowica jej nie aglutynowała szczepów wileńskich.

Ważniejsza literatura.

1. H. Violle. — La fièvre ondulante. 1931. 2. J. Felix. — Zakażenie pałeczką Banga u człowieka. Polska Gazeta Lekarska 1929. p. 325. 3. M. Stankowski i J. Szymańska. — O swoistości i częstości odczynu zlepnego z pałeczką Banga. Medycyna 1932. p. 229. 4. Martin Kristensen. — Untersuchungen über die Rolle des Bangschen Abortbazillus als menschenpathogenen Mikroben. Centralblatt für Bakteriologie, Orig. T. 108. 1928. p. 89. 5. A. Lustig und G. Vernoni. — Maltafieber. Handbuch der pathogenen Mikroorganismnn. T. IV. 1928. p. 511. 6. K. Poppe — Bang-Infection. Ibid. T. VI. 1928. p. 693 i Ergebnisse der gesamten. Medizin. T. XIV. 1930. p. 401. 7. St. Legeżyński. — Comp. Ren. Soc. Biol. 1928. str. 919. t. 99.

Un cas d'infection accidentelle à bacilles de Bang

à l'Institut Bacteriologique de Université Etiènne Batory à Wilno.

D-r H. DUNIN-HORKAWICZ.

L'auteur fait part d'une infection à bacilles de Bang, acquise au laboratoire. L'hèmoculture et l'aglutination positives confirmèrent la

diagnostique clinique. Le serum de la malade dilué a 1:3.600 aglutinait encore la souche correspondante du bacille de Bang, tandisqu'il n'aglutinait point d'autres souches de ce bacille même à des dilutions bien inférieures.

Dr. ADOLF MALINOWSKI

Przypadek miotonji wrodzonej *)

(streszczenie)

Chory — żołnierz W. P. podaje, iż w wieku lat 15 zauważył, że się wyróżnia śród swych rówieśników, jest innym niż oni, gdyż przy ruchach zamierzonych nie mógł wykonać ruchu odrazu, szczególnie jeżeli przedtem dłuższy czas mięśnie pozostawały w spokoju; naprzykład, przy wchodzeniu na schody na początku mieśnie kończyn dolnych robiły się zupełnie twarde, nie mógł odrazu rozpocząć biegu, nie mógł podnieść się z pozycji siedzącej, przy jedzeniu trudno mu było odrazu otworzyć usta; zdarzało się, że przy gwałtownych ruchach przewracał się na ziemię albo, naprzykład, padał przy złażeniu z woza; te dolegliwości występowały u niego od wczesnego dzieciństwa, jednakże dopiero później zdał sobie sprawę z ich chorobliwego charakteru.

Pięć miesięcy temu chory został powołany do służby czynnej wojskowej; przy poborze go do wojska przed komisją poborową nie uskarżał się, na swe dolegliwości dopiero w wojsku, gdy nie mógł wykonywać dokładnie ćwiczeń, szczególnie biegów, zapytano, co mu jest, i gdy przekonano się, że istotnie coś mu brakuje, tolerowano pobłażliwie jego niedokładności w ruchach, aż nareszcie ostatnio w czasie dłuższego wymarszu, gdy po zmęczeniu coraz częściej przy rozpoczęciu marszu przewracał się z karabinem, odesłano go do lekarza.

Chory stwierdza, że chwyta go kurcz mięśni tylko w początku ruchu zamierzonego, trwa to bardzo krótko (kilkanaście sekund), dalsze ruchy i pracę wykonuje zupełnie poprawnie; to samo przy bieganiu, tańcu i t. d. Najwięcej chwytają go kurcze w mięśniach kończyn dolnych; zimno, znużenie ogólne, wzruszenia nasilają przykurcze mięśni; po dłuższym wypoczynku, bezczynności przykurcze

---

*) Demonstrowany na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego 5.X 1932 roku.

występują w silniejszym stopniu. Chory nie zauważył, by jego choroba pogarszała się z biegiem czasu.

Badany ma lat 21, pochodzi z powiatu Lidzkiego, ciężkich chorób nie przechodził, lues negatur, alkoholu nie używa, obarczenia dziedzicznego ze strony rodziców nie podaje; starszy brat chorego w wieku lat 30, cierpi na podobne przykurcze mięśni tylko w słabszym stopniu (odbył służbę wojskową).

Przy badaniu stwierdzono: badany — budowy prawidłowej, muskulatura jego ma wygląd zanadto rozwiniętej, co daje wrażenie budowy atletycznej; w narządach wewnętrznych i układzie nerwowym, poza wybitną dermografją i hypalgezją skóry, brak zmian patologicznych, siła mięśniowa kończyn górnych podług siłomierza 90 obustronnie, co wskazuje przy powyższym rozwoju mięśni na osłabienie siły mięśniowej.

Przy uderzaniu młotkiem poszczególnych mięśni (podrażnienie mechaniczne) występują wzmożone skurcze mięśni, które przy pierwszych podrażnieniach trwają dłużej, niż przy następnych. Podrażnienie mięśni prądem elektrycznym wykazuje odczyn miotoniczny: pobudliwość mięśni przy drażnieniu prądem faradycznym jest wzmożona, powoduje długotrwałe skurcze toniczne, przyczem skurcz ustaje nie odrazu po zaprzestaniu podrażnienia; przy drażnieniu mięśni prądem galwanicznym również wykazują mięśnie wzmożoną pobudliwość, skurcze mają osobliwy rytmiczny falisty przebieg w kierunku od Ka do A, skurcze powolne, wydłużone, przyczem AZS = Ka ZS.

Przy wykonywaniu ruchów dowolnych, zamierzonych lub czynnościach odruchowych u chorego wyraźnie występuje przykurcz mięśni na kończynach górnych i dolnych, oraz na tułowiu, szyi i twarzy w postaci „sztywności niebolesnej“ (sztywności zamiarowej): mianowicie bezpośrednio po wykonanym ruchu, a więc kurczu mięśni, chory nie może odrazu zwiotczyć tych mięśni, które przyjmują udział w ruchu; szczególnie widocznym jest ten przykurcz na kończynach dolnych, naprzykład, przy chęci wstania z pozycji siedzącej, przy rozpoczęciu ruchu, przy dłużej trwającej pozycji stojącej, popchnięty w tym momencie chory pada bezbronny. Przy chodzeniu pierwsze kroki są najtrudniejsze, a dalsze są coraz łatwiejsze.

Typowe przykurcze mięśni przy ruchach zamierzonych przy braku innych zaburzeń ze strony układu nerwowego oraz odczyn miotoniczny przy mechanicznem i elektrycznem podrażnieniu mięśni pozwalają odrazu rozpoznać u chorego t. zw. miotonję wrodzoną, czyli chorobę Thomsena. W rozpoznaniu różniczkowem łatwo wy-

kluczyć histerję, kurcze zawodowe, tężyczkę, miopatje, choroby rdzeniowe.

Thomsen, lekarz szlezwicki, pierwszy opisał tą chorobę w roku 1876, gdyż sam był nią dotknięty oraz członkowie jego rodziny; zaś w roku 1886 i 1889 charakteryzował ją Erb dzięki ustaleniu odczynu miotonicznego.

Miotonja polega na wrodzonej anomalji układu mięśniowego, jest chorobą rodzinną, spotykaną zwykle u kilku członków tej samej rodziny i występującą już we wczesnem dzieciństwie, nagabuje przeważnie mężczyzn, jest chorobą dosyć rzadką, etjologja nieznana. Miotonja jest zwykle właściwością wszystkich mięśni dowolnych ale nie w jednakowym stopniu; zdarza się, że w jednych przypadkach przykurcze są wybitniejsze w mięśniach kończyn dolnych, w innych w górnych; mięśnie oddechowe, gałek ocznych i połykowe rzadko biorą udział w przykurczach.

Stwierdzone w tej chorobie zmiany anatomiczne polegają na przeroście włókien mięśniowych i zmianach w jądrach, których ilość i rozmiar zwiększają się; prążki poprzeczne wydają się mniej wyraźne, sarkoplazma często bywa ziarnista, w pojedyńczych mięśniach tworzą się jamki.

Przebieg choroby przewlekły, cierpienie nieuleczalne. Leczenia przyczynowego niema.

Dr. A. MALINOWSKI.

Un cas de la myotonie congéniale.

Chez un soldat on a constaté les troubles fonctionnels des muscles, qui consistent en spasmes toniques des muscles, se produisant au début de mouvements volontaires pendant 15 — 20 sec; les muscles hypertrophiques, mais la force motrice n'est pas accrue; les muscles à l'excitabilité mecanique et électrique dont la réaction myotonique; le système nerveux sans troubles patologiques, malade de la naissance; l'ensemble de ces symptomes fait penser à myotonie congénitale ou la maladie de Thomsen.



Dr. STEFAN BAGIŃSKI.

Trzy lata szczepień ochronnych przeciwgruźliczych BCG w Wilnie.

Szczepienia ochronne BCG zostały na terenie Wilna zapoczątkowane w 1926 roku lecz akcia ta nie przybrała większych rozmiarów i zaszczepiono zaledwie 38 noworodków. W ciągu 1928 roku nastąpiło porozumienie Wil. T-wa Przeciwgruźliczego z Polskim Związkiem Przeciwgruźliczym (P. Z. P.) i w rezultacie od 18 października 1928 roku Państwowy Zakład Higjeny (P, Z. H.) zaczął wysyłać pod adresem szpitala Św. Jakóba dwie porcje szczepionki BCG tygodniowo; wysyłanie większej ilości szczepionki P. Z. P. uzależnił od powstania miejscowego Komitetu Szczepień, który też z iniciatywy W. T. P. powstał dnia 19 grudnia 1928 r., jednocześnie rozpoczęto akcję propagandową drogą wygłaszania odczytów przez radjo i w Wil. T-wie Lekarskim; odbitki tych odczytów w ilości kilkuset egzemplarzy rozesłano lekarzom prowincjonalnym. Komitet przyiął druki oraz rejestrację polecaną przez P.Z.P. i wyjednał zwiększenie ilości przesyłanej szczepionki z dwóch porcyj do 19 tygodniowo pod koniec 1930 r., obecnie 16 porcyj tygodniowo.

Głównemi zakładami, w których odbywają się szczepienia BCG są szpitale miejskie, kolejowy i klinika położnicza U. S. B.

Ogółem w 1929 roku zaszczepiono 600 noworodków, w 1930—1203, zaś w 1931—1201.

Dążeniem Komitetu było i jest takie zorganizowanie akcji szczepień, aby możliwie największa ilość dzieci była w opiece stacyi Opiek nad M. i Dz., oraz żeby Komitet w swym biurze posiadał dokładną rejestrację szczepionych, niestety dalecy jesteśmy ieszcze od wytkniętego celu z wielu względów. Przedewszystkiem na przeszkodzie stoi brak zrozumienia ze strony szerszych warstw społeczeństwa o konieczności okresowych badań, brak większego zainteresowania się ze strony sfer lekarskich szczególniej i pomocniczych sił lekarskich oraz fakt, iż pewna ilość szczepionych pochodzi z poza Wilna, o czem świadczą przytoczone cyfry:

	w 1929 r.	w 1930 r.	w 1931 r.
ilość zaszczepionych . . .	600	1203	1201
„ zamiejscowych . . .	7	219	146
„ zbadanych	144	474	716

O ile od ogólnej ilości zaszczepionych odrzucić dzieci z poza Wilna, które ze zrozumiałych powodów nie mogły trafić do kartoteki Komitetu, to odsetka dzieci zbadanych wynosiła w 1929 r. 24%, w 1930 — 49% zaś w 1931 — 67,8% czyli, że ilość zbadanych wzrosła dwa i pół raza w porównaniu z 1929 rokiem, spodziewamy się że liczba ta w następnych latach wzrośnie jeszcze bardziej.

Dzieci szczepione i będące w opiece stacyj według płci przedstawiają się tak:

	CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
	zaszczepiono	zbadano	zaszczepiono	zbadano
1929 r.	326	78	274	66
1930 „	668	251	535	223
1931 „	647	391	564	325
Razem 1929—1931 r.	1641	720	1373	614

W 1929 roku jednokrotnie zbadanych było 94-ro dzieci zaś 50-ro wielokrotnie, stosunki te ulegają poprawie w 1930 r., kiedy jednokrotnie badanych było 259-ro, a wielokrotnie 215-ro, przeciętnie w 1930 r. każde dziecko było badane dwukrotnie, zaś w 1931 roku prawie 3 krotnie.

Z pośród zarejestrowanych dzieci chorowało w 1929 r. na 144 zbadanych 35-ro czyli 24,3%, w 1930 r. na 474 zbadanych 97-ro czyli 20%, zaś w 1931 na 716 zbadanych 217 czyli 30,3%. Śmiertelność ogólna pośród tychże dzieci wynosiła 5 na 144 czyli 3,6% w 1929 r., 20 na 474 czyli 4,22% w 1930 r. i 48 na 624 czyli 7,27% w 1931 roku. Cyfry te znacznie się różnią od odsetki śmiertelności dzieci do roku w Wilnie, zbliżając się do śmiertelności dzieci wileńskich znajdujących się w opiece stacyj, jak to ilustrują następujące cyfry:

	1929	1930	1931
śmiertelność ogólna dzieci szczepionych BCG	3,6%	4,22%	7,27%
„ „ „ nieszczepionych (Kasperowicz 1928)	—	20,1%	—
śmiertelność ogólna dzieci znajdujących się w opiece stacyj (Muraszko)	—	5,6%	—

Jak z powyższego wynika śmiertelność dzieci szczepionych BCG, jest kilkakrotnie niższą niż dzieci nieszczepionych. Podkreślamy jedy-

nie ten fakt nie wdając się narazie w roztrząsanie przyczyn powodujących mniejszą śmiertelność dzieci zaszczepionych BCG.

Z gruźlicy w 1929 roku zmarło jedno dziecko i to w skutek pogwałcenia przepisów o czem obszerniej pisaliśmy w 3-im zesz. VI tomu Gruźlicy, co stanowi 0,7 %, w 1930 roku zmarło z gruźlicy troje czyli 0,6 %, w 1931 r. czworo co wynosi 0,56 %. Według Kasperowicza śmiertelność z gruźlicy u niemowląt w 1928 roku wynosiła 2,9 %, czyli, że odsetka śmiertelności z gruźlicy u dzieci szczepionych jest przeszło 4-krotnie mniejszą niż nieszczepionych, 0,7 % w 1929 roku, 0,6 % w 1930 r. i 1931. Obniżenie śmiertelności z gruźlicy należy przypisać swoistemu wpływowi podawanej szczepionki, odsetka nasza odpowiada danym innych autorów (Parisot i Saleur, Sergent i Ducross-Rougebieff i inni).

W 1929 r., na 144 dzieci będących w stałej opiece lekarskiej tylko u 14 był robiony odczyn Pirqueta u wszystkich wynik był ujemny, w 1930 roku na 474 obserwowanych dzieci odczyn Pirqueta zrobiono u 66 dzieci z tego w 8-miu przypadkach t. j. w 12,1 % z wynikiem dodatnim, w 1931 r. na 716 zbadanych odczyn Pirqueta zrobiono u 126 dzieci z tego u 18 z wynikiem dodatnim czyli w 14,2 % te ostatnie dzieci bynajmniej nie wszystkie pochodziły ze środowiska gruźliczego.

Część dzieci badanych okresowo pochodzi z rodzin gruźliczych jak to wynika z poniższego zestawienia:

	środowisko gruźlicze		środowisko prątkujące	
1929 rok . . .	46-ro dzieci	32 %	8-ro dzieci	5,5 %
1930 „ . . .	96-ro „	17 %	15-ro „	3,12 %
1931 „ . . .	93-je „	11,6 %	7-ro „	1,0 %

zmniejszenie się ilości szczepionych dzieci ze środowiska gruźliczego objaśniamy jedynie słuszną obawą szczepienia dzieci ze środowiska gruźliczego z powodu braku odpowiedniego izolatorjum.

Interesował nas również wpływ podawanej szczepionki na normalny rozwój dzieci w tym celu zestawiliśmy dane wagi i wzrostu, stosując jako przeciętną normę dane Pirqueta, które jednakże, szczególniej w odniesieniu do wagi są zbyt wygórowane dla dzieci słowiańskich do roku, wyniki te przedstawiają się tak:

Wzrost	1929	1930	1931	Waga	1929	1930	1931
powyżej normy	55%	45,3%	39%	powyżej normy	32,6%	28,6%	39%
poniżej normy	45%	54,7%	61%	poniżej normy	67,4%	71,4%	61%

Analizując powyższe liczby, stwierdzamy, że szczepione dzieci rozwijają się nie gorzej od nieszczepionych, a będących w stałej opiece stacyj Opieki nad M. i Dz. i przekraczają jak pod względem wagi tak i wzrostu dzieci nie będące w stałej opiece lekarskiej.

Obniżenie się odsetek 1930 i 1931 roku w porównaniu z 1929 należy przypisać pogorszającym się warunkom bytu, lecz bynajmniej nie wpływowi samej szczepionki.

Zdaje się nam, że powyższy fakt można przypisać zupełnej nieszkodliwości szczepionki BCG; niejednokrotnie również tak lekarze jak i rodzice z inteligencji podkreślali fakt lżejszego przebiegu niektórych schorzeń wieku dziecięcego (odra, krztusiec) u dzieci szczepionych.

Na zakończenie chcielibyśmy podkreślić wpływ wypadków w Lubece na akcję szczepień BCG na terenie Wilna. Wypadki te zupełnie nie wpłynęły na rozwój akcji jedynie dało się zaobserwować większe zainteresowanie ze strony rodziców, którzy zgłaszali się do Komitetu po wyjaśnienia. Komitet zaś za pośrednictwem prasy informował ogół o właściwych przyczynach i przebiegu wypadków w Lubece. Pragnąc podkreślić swoje krytyczne ustosunkowanie się do szczepionki BCG, oparte jednakże na danych doświadczalnych. Komitet co pewien czas (6 — 8 tygodni) przeprowadza szczepienia królików lub świnek morskich, dotychczas nie mieliśmy zejścia śmiertelnego, aczkolwiek szczepionka jest podawana królikom dożylnie (2 cm.) zaś świnkom morskim dootrzewnowo (2 cm.).

Przytoczymy opinję dr. M. Prokopowicz-Wierzbowskiej (Gruźlica T. 7 Nr. 1).

1. 6-cio letnia obserwacja dzieci szczepionych wykazuje zupełną nieszkodliwość szczepień, stwierdzają to: a) wyniki badań klinicznych; b) rozwój dzieci nie różniący się od rozwoju dzieci nieszczepionych; c) badanie anatomo-patologiczne, wykonane na zmarłych z różnych przyczyn, które nie wykazały zmian gruźliczych; d) umieralność ogólna wśród dzieci szczepionych wykazuje nieznaczne lecz rzeczywiste obniżenie w stosunku do ogólnej umieralności...".

2. „...dzieci szczepione i izolowane... jedynie wyjątkowo zachorowują i umierają z gruźlicy".

3. Szczepienia należy stosować jako jedną z metod walki z gruźlicą w wieku dziecięcym.

Załączona tabela zestawia dane cyfrowe.

Posiadając przeszło trzy letnie doświadczenie pozwolimy sobie podkreślić kilka nasuwających się wniosków:

a) szczepionka BCG nie wpływa ujemnie na rozwój szczepionych dzieci, które rozwijają się nie gorzej od nieszczepionych,

L. p.	Wiek w dniu ostatniego badania w r. 1951 r.	Środowisko	Stan zdrowia w dniu ostatniego badania	Rozwój fizyczny	Badanie Rentgena	Odczyn Pirqueta
454	5 lat 5 tyg.	Gruźlica zamknięta	Zdrowe	Ponad normę	Zmian nie wykrywa	2-krotnie ujemny
234	5 lat 11 mies.	t. s.	"	t. s.	t. s.	Ujemny
174	5 lat $2^1/_2$ mies.	t. s.	"	Niżej normy	t. s.	3-krotnie ujemny
215	5 lat 1 mies.	t. s.	"	t. s.	Nieznaczne powiększenie grucz. wnęk. 15.IX. 31 r.	Ujemny
884	2 lata	Gruźlica otwarta	"	t. s.	Nieznaczne powiększenie grucz. wnęk. 29.X. 31 r.	Dodatni
814	2 lata 5 tyg.	t. s.	"	t. s.	Zmian nie wykrywa	Ujemny
767	3 lata 2 tyg.	t. s.	"	Ponad normę	t. s.	Ujemny
394	5 lat 4 mies.	t. s.	"	Poniżej normy	t. s.	7-krotnie ujemny
361	$2^1/_2$ lata	t. s.	"	t. s.	t. s.	

Ostatnie dwa przypadki ilustrują uodporniający wpływ szczepionki BCG. W rodzinie K. oboje rodzice prątkują. Warunki materjalne złe. Dzieci troje — chłopcy, z nich Jurek i Zenon szczepieni BCG — zdrowi, trzeci nieszczepiony. chory na gruźlicę — czynna gruźlica gruczołów chłonnych, gruźlica kostna.

b) szczepionka BCG nie zmniejsza odporności w stosunku do rozmaitych schorzeń wieku dziecięcego, które występują nie częściej niż u dzieci nieszczepionych,

c) szczepionka powoduje pewną odporność w stosunku do gruźlicy, zmniejszając śmiertelność z 2,7% do 0,6 — 0,7%,

d) szczepionka BCG sprowadza pewien rodzaj nieswoistej odporności powodującej zmniejszenie śmiertelności ogólnej z 20,1% do 3,6% (1929), 4,22% (1930) wzgl. 6,7% (1931).

Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć kilka odpisów kart zdrowia szczepionych dzieci, a będących w obserwacji nie mniej 2-ch lat.

Trois années de vaccinations préventives de la tuberculose par le BCG à Wilno (Pologne).

Par S. BAGINSKY.

Dès 1926 on a introduit la vaccination BCG à Wilno, mais, pendant toute cette année, on n'a vacciné que 38 nouveau-nés.

En 1928, par suite d'un accord entre la Société antituberculeuse de Wilno et l'Union antituberculeuse de Pologne, l'Institut d'hygiène de l Etat, à Varsovie, fut chargé d'envoyer le vaccin à l'hôpital municipal de Wilno. En même temps, on a organisé une campagne de propagande par conférences, par tracts imprimés et par T. S. F.

Au total, on a pratiqué en 1929, 600 vaccinations; en 1930, 1203; en 1931, 1201.

Les enfants sont, en principe, confiés aux soins des consultations de nourrissons; malheureusement beaucoup échappent aux examens réguliers de sorte que le nombre de ceux qui ont pu être suivis a été, en 1929, de 144; en 1930, de 463; en 1931, de 624.

La mortalité totale des vaccinés fut seulement, pour ces trois années de 6 p. 100, alors que, pour les non-vaccinés, elle dépassait 20 p. 100.

La mortalité par tuberculose qui, chez les nourrissons de Wilno, est, d'après les statistiques officielles, de 2,9 p. 100, ne fut, pour l'ensemble des vaccinés, que de 0,6 p. 100.

En conséquence de ce que nous avons observé à Wilno, nous devons conclure.

1-o Que le BCG n'exerce aucun effet nuisible sur l'organisme des enfants; qu'au contraire, les vaccinés sont plus vigoureux et plus résistants que les non-vaccinés;

2-o Que les enfants vaccinés fournissent une mortalité générale trois fois et demie moindre, et une mortalité tuberculeuse quatre fois et demie moindre que celles des non-vaccinés.

Dr. LEON ACHMATOWICZ.

Przypadek niecałkowitego pęknięcia pęcherza moczowego.

(*z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie*).

Jeżeli przypadki całkowitego pęknięcia pęcherza moczowego zalicza się do zjawisk względnie częstych, to niecałkowite jego pęknięcia spotyka się o wiele rzadziej.

Poniżej pozwolę sobie podać przebieg takiego przypadku.

P. S. A. lat 54 z zawodu garbarz podaje, że dnia 17.IX 32 r. o godz. 12-ej w południe został uderzony deską w lewą połowę brzucha, i okolicę nadłonową, chory przytem nadmienia, że był trzeźwy i przed wypadkiem oddawał normalnie dwa razy mocz. — Uderzenie było dosyć silne, tak że chory upadł. — W ciągu następnych 4-ch godzin oddawał trzykrotnie mocz, przyczem odczuwał parcie, lecz krwi w moczu nie zauważył. O godz. 16-ej w moczu ukazała się krew. Po skończonej pracy chory udał się pieszo do domu, gdzie spożył kolację z wódką i piwem, o godz. 19-ej tegoż dnia zjawiły się bóle brzucha i wymioty. W ciągu nocy chory oddał dwukrotnie mocz krwawy ze skrzepami. Następnego dnia zrana wobec nasilania się bolów udał się pieszo do szpitala.

Stan obecny: budowy prawidłowej, wzrost i odżywianie średnie, zabarwienie skóry normalne, błony sluzowo różowe, temperatura 36,8 tętno 114 na jedną minutę. W narządach klatki piersiowej żadnych odchyleń od normy nie stwierdzono. Brzuch miernie wysklepiony, nie wzdęty, przy obmacywaniu wyczuwa się nieznaczny opór pod pępkiem zwłaszcza po stronie prawej, chory przytem odczuwa bolesność. Wobec tego, że chory nie mógł o własnych siłach oddać moczu, wprowadzono cewnik do pęcherza i wypuszczono 500 ccm. moczu barwy krwistej ze skrzepami, krwi. — Choremu zaproponowano zabieg, na który chory nie zgodził się Wieczorem chory o własnych siłach moczu również nie mógł oddać, został więc powtórnie skateteryzowany, przyczem zabarwienie moczu podobnie jak i przedtem było krwiste ze skrzepami krwi. Brzuch był nieco mniej bolesny, tętno 94 na minutę, temperatura 37.2°.

Dnia 19.IX badanie wykazało temperaturę 36,6, tętno 104 na minutę, ogólny stan znacznie gorszy, pojawiły się silne bóle brzucha, oczy zapadnięte, język wilgotny, obłożony, brzuch wzdęty, twardy

jak deska, bolesny na całej przestrzeni, a zwłaszcza ponad łonem po stronie prawej. Chory przez całą noc i rano moczu samodzielnie nie oddawał, wobec czego został wprowadzony do pęcherza cewnik, przyczem stwierdzono, że pierwsze 300 cm. moczu miało barwę słomkową, dalsze zaś porcje miały zabarwienie krwiste. Badanie palcem przez odbytnicę wykazało, że nie zważając na to, iż pęcherz był opróżniony, zawiera on mocz, a oba sklepienia bolesne, nacieczone.

Operacja (Dr. Achmatowicz) w 48 godzin po wypadku. Uśpienie eterowe. Cięcie w linji środkowej poniżej pępka. Tkanka przedotrzewnowa i przedpęcherzowa obficie przepojone moczem, który wycieka z nich, jak z gąbki. Przestrzeń przedpęcherzowa podbiegnięta krwawo. W jamie brzusznej stwierdza się: płyn mętny, który leży głównie w miednicy małej, otrzewna ścienna i jelitowa jest nastrzyknięta, przekrwiona i pokryta złogami włóknika. Przy badaniu otrzewnej pokrywającej pęcherz moczowy stwierdzono w prawej jego połowie przy brzegu górno-bocznym nieznaczne podbiegnięcie krwawe na przestrzeni złotówki. Naruszenie całości otrzewnej nie stwierdzono. Jamę brzuszną oddzielono serwetkami, poczem w sposób zwykły otwarto pęcherz, w którym stwierdzono mierną ilość mętnego moczu ze skrzepami krwi. Badając pęcherz palcem stwierdzono, że po stronie prawej na ścianie górnej leży pęknięcie śluzówki i $^{2}/_{3}$ warstw mięśniówki. Wymiary pęknięcia 5 cm. na 3 cm., kształtu nieregularnego. Rana operacyjna pęcherza została połączona z przyśrodkowym odcinkiem pęknięcia pęcherza, poczem ranę operacyjną i rozerwaną ścianę pęcherza zeszyto zamykając pęcherz na głucho. Do przestrzeni przedpęcherzowej wprowadzono 2 sączki. Warstwowe zeszycie jamy brzusznej z pozostawieniem sączka w miednicy małej. Do pęcherza moczowego wprowadzono cewnik na stałe. Na czwarty dzień po operacji chory samowolnie wyciągnął cewnik z pęcherza, w rezultacie czego mocz zaczął wydzielać się przez ranę operacyjną. Gojenie następowało per secundam. Dnia 10-go października rana operacyjna pęcherza zamknęła się, a 28.X zagoiła się i rana ściany brzusznej.

Przeprowadzona w dniu 3.XI cystoskopja wykazała: pojemność pęcherza 380 cm., naczynie śluzówki lekko nastrzyknięte, ujście moczowodów w miejscach zwykłych bez zmian. W okolicy pęcherzyka powietrznego na szczycie pęcherza na przestrzeni 2 — 3 mm. leży ziarninująca powierzchnia w prawo i ku tyłowi, od której biegnie linijna blizna długości 6—7 cm. o zabarwieniu bladem. Innych zmian nie stwierdzono.

Reasumując to wszystko, co podałem wyżej o przebiegu przypadku, uważam za stosowne podkreślić kilka momentów.

1) Bezpośredni uraz deską w okolice nadłonową i lewą połowę brzucha przy minimalnie wypełnionem pęcherzu wywołał pęknięcie śluzówki i $^{2}/_{3}$ warstwy mięśniowej pęcherza.

2) Przy nieuszkodzonej zewnętrznej warstwie mięśniowej pęcherza powstały zacieki moczowe w przestrzeni przedpęcherzowej i przedotrzewnowej.

3) Przy nienaruszonej otrzewnej powstało postępujące zakażenie jamy otrzewnej.

4) Operacyjne leczenie w 48 godzin po wypadku odniosło wynik pomyślny.

Dr. LEON ACHMATOWICZ.

Über einen Fall ron incompleter Harnblazenruptur.

Infolge eines unmittelbaren Schlages der linken Inguinalgegend enstand bei einem 54 jährigen nüchternen mit leeer Blase Manne eine Ruptur der Mucosa und $^{2}/_{3}$ interner Schichten Muscularis der Blasenwand, mit Harninfiltration der pericystischen Zellgewebe und Durchwanderungsperitonitis. Operation nach 48 Stunden. Laparatomie. Drainage der Bauchhöhle. Öffnung der Blase, Sutur der Ruptur und der Operationsblasenwunde. Dauerkatheter. Heilung. Heilungsdauer 5 Wochen.

Dr. WŁADYSŁAW PRAŻMOWSKI

Kierownik Ekspozytury Państwowego Zakładu Higjeny w Wilnie.

Wyniki dotychczasowe szczepień ochronnych przeciwbłoniczych w Wilnie.

(*Referat wygłoszony na posiedzeniu Wileńsk. Tow. Lek. dn. 9.XI.32 r.*)

Półtora roku temu na tem samem miejscu miałem możność przedstawić program działalności powstałego naówczas Komitetu Szczepień Przeciwbłoniczych i równocześnie zwrócić się do ogółu lekarzy z prośbą o poparcie naszych poczynań w postaci skłaniania rodziców do szczepienia dzieci przeciw błonicy. W okresie tym jednak

podstawy do tej akcji czerpaliśmy z wyników uzyskanych na odległych od nas terenach zarówno w kraju, jak i zagranicą. Własnych spostrzeżeń jeszcze nie posiadaliśmy. Bo chociaż były prowadzone w Wilnie szczepienia przeciw błoniczo-płonicze zapomocą t.zw. szczepionki B-P, były one jednak dorywcze, w niewielkim zakresie i rezultatów widocznych nie osiągnęły. Nic więc dziwnego, że w tych warunkach na współpracę ze strony lekarzy praktyków zbytnio liczyć nie mogliśmy, a rzeczywistość przypuszczenie to całkowicie potwierdziła. Jeśli dziś stajemy z bogatym materjałem szczepiennym, bo obejmującym przeszło połowę dzieci wieku szkolnego, mimo stosunkowo krótkiego okresu naszej działalności, co musimy to zawdzięczać wybitnemu poparciu szczepień ze strony naczelnych władz sanitarnych szkolnych m. Wilna. W ten sposób uzyskany materjał upoważnia nas obecnie do powtórnego, a mamy nadzieję, że owocnego odwołania się do współpracy ogółu lekarzy i na tej drodze wzmożenia akcji szczepiennej wśród dzieci okresu najmłodszego, przedszkolnego, do którego jedynie przez lekarzy praktykujących możemy mieć dostęp.

Dla przedstawienia dotychczasowej akcji szczepień przejdę obecnie do kolejnego omówienia poszczególnych jej etapów.

Szczepienia w Wilnie zostały zapoczątkowane w maju 1931 r. anatoksyną błoniczą Ramona (B) produkcji Państwowego Zakładu Higjeny, w postaci trzykrotnych zastrzykiwań podskórnych w okolicy uda, w ilościach I-szy zastrzyk 0,5 cm.^{3} anatoksyny, II-gi 1 cm.^{3} w trzy tygodnie po pierwszym i III-ci 1,5 cm.^{3} w dwa tygodnie po drugim. Z reguły dzieci przed szczepieniem były poddane badaniu na odczyn Schicka i następnie dzieci z odczynem Schicka dodatnim były szczepione. Jedynie wśród dzieci w wieku przedszkolnym najczęściej pomijano to badanie ze względu na bardzo wysoką wrażliwość dzieci na błonicę w tym wieku. W okresie od 11 maja 1931 r. do 15-go lipca tegoż roku specjalna ruchoma kolumna szczepienna (Dr. Łapiński) dokonała szczepień w 25-ciu zakładach opiekuńczych oraz dwu przedszkolach miejskich. Ogółem zbadano w nich 887 dzieci na odczyn Schicka. Liczba dodatnich odczynów wyniosła tutaj ogólnie 34,4%, wahając się w granicach od 54,2% (wiek od 1 — 5 lat) do 13,6% (wyżej 15-tu lat). Niski stosunkowo % dzieci wrażliwych na błonicę zawdzięczać należy możliwości łatwiejszego zetknięcia się dzieci, przebywających zbiorowo, z zarazkiem błonicy, z drugiej zaś strony szczepieniom przeciwbłoniczo-płoniczym, które w latach poprzednich w niektórych zakładach były stosowane; te czynniki przyczyniły się do wcześniejszego nabycia odporności.

Ogółem zaszczepiono w zakładach 234 dzieci, wykazujących odczyn Schicka dodatni, przyczem 73,5% zostało zaszczepionych trzykrotnie, 18% dwukrotnie i 8,5% jednokrotnie.

Na początku roku szkolnego 1931—1932 r., po uzyskaniu poparcia dla szczepień ze strony Kuratorjum Okręgu Szkolnego Wileńskiego oraz Lekarza Naczelnego Szkół Powszechnych m. Wilna, przystąpiła kolumna szczepienna w dniu 5-go października 1931 roku do systematycznego przeszczepiania dzieci publicznych szkół powszechnych. Również pod koniec roku szkolnego została uruchomiona dodatkowa kolumna szczepienna (Dr. Fejgenberg), która się zajęła szczepieniami wśród dzieci powszechnych prywatnych szkół żydowskich. Obie kolumny pracując do dnia 24 czerwca 1932 roku przeszczepiły dzieci 28-u szkół publicznych polskich, 2-u szkół publicznych żydowskich, 9-ciu szkół prywatnych żydowskich, oraz 2-u szkół ćwiczeń.

Ze względu na brak przymusu szczepień przeciwbłoniczych, w szkołach uzyskiwano zgodę rodziców na szczepienie. W tym celu wszystkie dzieci poddawano badaniu na odczyn Schicka, a po odczytaniu tego odczynu dzieciom, wykazującym odczyn dodatni, wręczano listy do opieki domowej, zawierające odezwę komitetu oraz wezwanie do szczepienia z zaznaczeniem, iż w razie niezgody na ten zabieg, Komitet uprasza powiadomić o powyższem kierownictwo szkoły. W oznaczonym w zawiadomieniu dniu dzieci, których rodzice nie zgłosili sprzeciwu, były szczepione po raz pierwszy. Brak zgody na szczepienie zdarzał się b. rzadko, a i w tych wypadkach rodzice, zgłaszający się do szkoły na wyznaczony do szczepień dzień, byli odpowiednio uświadamiani przez lekarzy kolumny i ostatecznie najczęściej na szczepienie się godzili. W ten sposób niemal wszystkie dzieci, będące w dniu szczepienia w szkole były z reguły zaszczepione po raz pierwszy z pominięciem dzieci, wykazujących przeciwwskazania do szczepień.

Z pośród szkół powszechnych polskich przeszczepiono dotychczas całkowicie dzieci następujących szkół Nr. Nr.: 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 36, 37, specjalna Nr. 1 i Nr. 2, szkoły ćwiczeń przy Męskiem Seminarjum Nauczycielskiem i Wyższym Kursie Nauczycielskim, oraz bez pierwszych oddziałów (ze względu na odbywające się w tym czasie szczepienie ospy) szkoły Nr. Nr. 4, 13, 18, 19, 30. Wykonano w nich 7167 odczynów Schicka co stanowiło przeszło 80% ogółu dzieci tych szkół. Odsetek odczynów Schicka dodatnich wypadł tu stosunkowo wysoki,

gdyż mimo badania dzieci wszystkich oddziałów t. j. niekiedy wyżej lat 15-tu, wynosił on ogólnie 51,6% a w wieku od lat 7 — 10 sięgał nawet 65%. W Warszawie w tym samym środowisku stwierdzono odsetki znacznie niższe mianowicie odczyn Schicka dodatni równał się tam ogólnie 37,7%, a w wieku od 7—10 lat tylko 40%. Wskazuje to na szczególną wrażliwość dzieci wileńskich w stosunku do błonicy.

Szczepieniu w powyższych szkołach poddano 2993 dzieci, wykazujących odczyn Schicka dodatni, przyczem trzykrotnie zaszczepiono 57,8%, dwukrotnie 29,8%, oraz jednokrotnie 12,4%. Ponadto zaszczepiono 1223 dzieci bez wykonywania wstępnego odczynu Schicka (ze względu na chwilowy brak odczynnika), przyczem liczba szczepionych trzykrotnie wyniosła tutaj 48,9%, dwukrotnie 32%, oraz 19,1% jednokrotnie. Dane te mogą służyć za dowód, że liczba dokonanych w szkołach zabiegów nie jest bezpośrednią przyczyną spadku liczebności szczepionych przy dalszych szczepieniach.

Wśród szkół powszechnych żydowskich szczepienia wykonano w szkołach publicznych Nr.Nr.: 35, 38, oraz w szkołach prywatnych Nr.Nr.: 5, 6, 7, 8, 11, 12, 23, 50, 52. Liczba wykonanych odczynów Schicka wynosiła tutaj 1907, przyczem odczyn dodatni uzyskano ogólnie w 60%, a więc częściej niż wśród dzieci polskich. W Warszawie obserwowano pod tym względem zjawisko odwrotne.

W szkołach tych zaszczepiono ogółem 863 dzieci, z odczynem Schicka dodatnim, w tem trzykrotnie 40,8%, dwukrotnie 35,3%, oraz jednokrotnie 23,9%. Procent trzykrotnie szczepionych był tu przeto znacznie niższy niż w szkołach polskich.

Prócz szczepień w szkołach, Komitet starał się przeprowadzić szczepienia wśród dzieci w wieku przedszkolnym i w tym celu zostały otwarte w maju 1931 roku 2 punkty szczepienne: 1) w Klinice dziecięcej U. S. B., 2) w Miejskim Ośrodku Zdrowia. Szczepiono tu bezpłatnie dzieci, zgłaszające się prywatnie. W okresie do lipca r. b. zaszczepiono na nich zaledwie 302 dzieci, co wskazuje na brak zainteresowania w tym kierunku wśród najszerszych mas ludności, a głównie tłumaczy się to małem poparciem akcji ze strony lekarzy praktykujących.

Pragnąc ożywić działalność szczepienną wśród dzieci młodszych, Komitet w końcu roku 1931 zainicjował akcję szczepień przez kierowników Stacyj Opieki nad Matką i Dzieckiem, wyznaczając opłaty za wykonane szczepienia w wysokości 20 gr. za pierwsze, 30 gr. za drugie i 50 gr. za trzecie szczepienie. Całkowite przeto wynagrodze-

nie za trzykrotnie przeszczepione dziecko wynosiło 1 zł. Szczepienia odbyły się na czterech stacjach, gdzie zaszczepiono 247 dzieci, przyczem trzykrotnie udało się tutaj zaszczepić 90% dzieci. Szczepienia te były szczególnie ważne z tego względu, że pozwoliły bezpośrednio zetknąć się lekarzom praktykującym ze szczepieniami przeciwbłoniczemi i na podstawie własnych obserwacyj wzbudzić do nich zaufanie.

Ogółem na terenie miasta Wilna w czasie od 1-go maja 1931 roku do 1-go lipca 1932 roku t. j. 14-to miesięcznym okresie działalności, zbadano 10029 dzieci na odczyn Schicka, zaszczepiono zaś 5862 dzieci w tem bez wstępnego odczynu Schicka 1716 dzieci. Razem przeto akcja szczepień przeciwbłoniczych objęła 11745 dzieci.

Tablica I.

Odczyny Schicka w zależności od płci i wieku wśród dzieci miasta Wilna.

Płeć	WIEK	Liczba zbadanych	Odczyny Schicka				Odczyny Schicka dodatnie									
			Ujemny		Dodatni		Słaby + −		Średni +		Silny + +,++		Rzekomo +		Rzekomo −	
			licz.	%	licz.	%	licz.	%	licz.	%	licz.	%	licz.	%	licz.	%
CHŁOPCY	1—5	112	45	40,2	67	59,8	1	0,9	11	9,8	50	44,6	2	1,8	3	2,7
	5—7	132	75	66,8	57	43,2	—	—	7	5,3	40	30,3	3	2,3	7	5,3
	7-10	1792	699	39,0	1093	61,0	79	4,4	235	13,1	728	40,6	23	1,3	28	1,6
	10—15	2890	1611	55,7	1279	44,3	112	3,9	303	10,5	775	26,8	35	1,2	54	1,9
	od—15	488	376	77,0	112	23,0	19	3,9	32	6,6	37	7,6	8	1,6	16	3,3
	Razem	6414	2806	61,8	2608	48,2	211	3,9	588	10,9	1630	30,1	71	1,3	108	2,0
DZIEWCZYNKI	1—5	111	49	44,1	62	55,9	—	—	7	6,3	49	44,2	4	3,6	2	1,8
	5—7	152	72	47,4	80	52,6	2	1,3	10	6,6	58	38,1	1	0,7	9	5,9
	7—10	1858	620	33,4	1238	66,6	31	1,7	253	13,6	894	48,1	34	1,8	26	1,4
	10—15	2233	1068	47,8	1165	52,2	48	2,1	283	12,7	741	33,2	33	1,5	60	2,7
	od—15	261	187	71,6	74	28,4	6	2,3	16	6,1	38	14,6	6	2,3	8	3,1
	Razem	4615	1996	43,3	2619	56,7	87	1,9	569	12,3	1780	38,5	78	1,7	105	2,3

Załączona tablica I-sza, dotycząca wyników dokonanych odczynów Schicka z uwzględnieniem podziału na wiek i płeć badanych dzieci, wykazuje, że ogólna wrażliwość na błonicę, w postaci dodatniego odczynu Schicka, wyniosła wśród chłopców 48,2% przyczem w 30,1% były to odczyny o bardzo silnem natężeniu. Wraz z wiekiem odsetek odczynów dodatnich zasadniczo maleje. Jedynie w grupach wieku przedszkolnego (1—5, 5—7 lat) procent ten jest niższy niż w latach pierwszej grupy okresu szkolnego (7—10 lat), a wynika to stąd, że większość dzieci tych grup pochodziła z zakładów opiekuńczych, gdzie, jak widzieliśmy wrażliwość dzieci na błonicę jest znacznie mniejsza niż w szkołach. Liczba odczynów rzekomych wraz z wiekiem dzieci wzrasta, przyczem w okresie przedszkolnym (dzieci zakładowe) jest znacznie wyższa niż w okresie szkolnym.

Stosunki podobne stwierdzamy zasadniczo i wśród dziewcząt z tą tylko różnicą, że liczba odczynów Schicka dodatnich jest wyższa dla wszystkich grup wieku i wynosi ogólnie 56,7%, co z jednej strony może być zależne od czynników natury biologicznej, a z drugiej od względnie różnych warunków życia obu płci.

Tablica II.

Szczepienia w zależności od wieku wśród dzieci m. Wilna.

Wiek	Liczba szczepion.	SZCZEPIENIA — I raz		II razy		III razy	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1— 5	396	54	13,6	98	24,8	244	61,6
5— 7	254	36	14,2	82	32,3	136	53,5
7—10	2396	356	14,8	771	32,2	1269	53,0
10—15	2627	417	15,9	803	30,6	1407	53,5
od—15	189	48	25,4	50	26,5	91	48,1
Razem	5862	911	15,5	1804	30,8	3147	53,7

Następna tablica druga obejmuje szczepienia wśród 5862 dzieci w tem 650 w wieku przedszkolnym oraz 5212 w wieku szkolnym. Liczba dzieci trzykrotnie szczepionych wyniosła 53,7% przyczem w grupie 1—5 lat była jeszcze wyższa 61,6%. Szczepienia były wykonane wśród 2599 chłopców, oraz 3263 dziewcząt.

W dotychczasowej akcji, mimo wysokiej liczby dzieci szczepionych groźnych powikłań poszczepiennych nie stwierdzono. W pew-

nym procencie przypadków odczyn poszczepienny niekiedy o znacznem natężeniu, szczególnie u dzieci starszych, a przedewszystkiem dziewczynek, przejawiał się bądź w podniesieniu ciepłoty ciała, ewentualnie w objawach miejscowych w postaci obrzęku i zaczerwienienia w miejscu wstrzyknięcia anatoksyny z towarzyszącym, nieraz dokuczliwym bólem. W jednym przypadku mieliśmy po drugim zastrzyku doczynienia z wysypką o charakterze purpura rheumatica. Objawy te jednakże po kilku dniach znikły bez śladu.

Przyglądając się bliżej liczbom dokonanych szczepień, stwierdzamy znaczną różnicę ich wśród dzieci do lat 7-miu i powyżej tego wieku. Na ogólną liczbę 11745 dzieci, objętych akcją szczepienną, zaledwie 948 przypada na okres przedszkolny, reszta zaś t. j. 10797 na wiek szkolny. Czyli, że dzieci do lat 7-miu stanowią mniej niż 10% wszystkich zbadanych. Stosunek ten jeszcze bardziej się pogarsza, gdy uwzględnimy, że według ostatniego spisu ludności Polski z grudnia 1931 roku na terenie Wilna mieliśmy do lat 7-miu 24331 dzieci, w wieku zaś szkolnym od 8-14 lat 22152. Podkreślić natomiast należy, że właśnie wiek najmłodszy jest najbardziej wskazany do szczepienia. Zachorowalność bowiem na błonicę jest w nim kilkakrotnie wyższa niż w wieku późniejszym, przebieg schorzenia nastręczać może o wiele groźniejsze następstwa, wartość szczepień pod względem ekonomicznym, jako ubezpieczających na czas dłuższy, jest niepomiernie większa, wreszcie przykre niekiedy odczyny poszczepienne tutaj z reguły zupełnie nie występują. Trzeba przeto wszelkiemi siłami starać się skłonić rodziców do możliwie wczesnego, już powyżej jednego roku życia, zaszczepienia dziecka W tym kierunku sama tylko działalność Stacyj Opieki nad Matką i Dzieckiem, jako obejmujących zaledwie cząstkę dzieci tego wieku, nie wystarcza. Konieczną jest jeszcze pomoc ze strony lekarzy praktyków, pedjatrów w szczególności. Dotychczas współdziałanie w tym kierunku słabo się uwydatniło. Złożyły się na to różne czynniki. Przedewszystkiem szczepienia przeciwbłonicze są przez ogół lekarzy uważane jeszcze jako niepewne, posiadające bardziej charakter eksperymentalny. Ponadto głosy przeciwników szczepień również w tym braku zaufania odgrywają niepoślednią rolę. A chociaż na gruncie wileńskim otwartych i zdecydowanych wrogów szczepień przeciwbłoniczych dotychczas nie stwierdziliśmy, to jednak dla rozproszenia wątpliwości wśród niezdecydowanej większości lekarzy, właściwem będzie rozpatrzenie, chociażby pobieżne, z jednej strony zarzutów, najczęściej zupełnie nieuzasadnionych, kierowanych w stosunku do szczepień, a z drugiej

dowodów, dobitnie wykazujących wartość stosowanych przez nas szczepień.

Jeśli chodzi o przeciwników szczepień przeciwbłoniczych to z góry zaznaczyć należy, że są to najczęściej przeciwnicy szczepień wogóle bez względu na rodzaj stosowanej szczepionki, a więc nie wyłączając obowiązujących u nas szczepień ospowych. W kierunku szczepień błoniczych wysuwane są przez nich zarzuty przedewszystkiem co do powikłań poszczepiennych, które miały mieć miejsce zagranicą. W pewnej mierze dotyczy to szczepień przy pomocy szczepionki Behringa, która ze względu na zawartość surowicy nastręczać może napady anafilaksji przy powtórnem wprowadzeniu surowicy do ustroju. Anatoksyna błonicza Ramona, składająca się z unieszkodliwionej zapomocą formaliny toksyny, tych ujemnych właściwości nie posiada. Same zaś objawy poszczepienne miejscowe, jak też i ogólne, chociaż niekiedy dość dokuczliwe, jednakże znikające bez śladu, nie mogą stanowić przeciwwskazania dla szczepień. Co najwyżej mogą być bodźcem w kierunku poszukiwań innej, lepszej szczepionki, któraby tych cech nieprzyjemnych była pozbawiona.

Sprawa istnienia t. zw. fazy ujemnej po wprowadzeniu szczepionki do ustroju t. j. okresu zwiększonej wrażliwości ogólnej nietylko swoistej, spowodowanej jakoby częściową absorbcją ciał odpornościowych przez anatoksynę — w praktyce szczepień masowych nie znalazła dotychczas potwierdzenia.

Jako dalsze zastrzeżenie w stosunku do szczepień przeciwbłoniczych wysuwaną jest kwestja braku epidemji tej choroby. Z tych względów terapeuta nie widzi wskazań dla wszczynania tak szeroko pomyślanej akcji, jak powszechne przeszczepianie dzieci. Jednakże stwierdzić należy, że błonica jest chorobą, o której mówić możemy, że epidemja jej ciągle trwa, wykazując tylko w pewnych okresach znaczniejsze nasilenia. Ponadto, jak statystyka wykazuje, zapadalność na błonicę na całym świecie z roku na rok wzrasta. Wyjątek pod tym względem stanowią tylko Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, w których szczepienia przeciwbłonicze już od dziesiątka lat zyskały prawo obywatelstwa i gdzie zapadalność na błonicę wykazuje stały spadek. Również ostatniemi laty, stają się coraz częstszemi ciężkie przypadki błonicy, które mimo użycia wielkich dawek surowicy przeciwbłoniczej, nierzadko kończą się zejściem śmiertelnem. Stąd notowany zagranicą wzrost śmiertelności z błonicy. A chociaż w Polsce, na szczęście, mamy doczynienia z powolnym spadkiem śmiertelności z błonicy, to jednak i u nas zdarzają się przypadki,

gdzie surowica nie może zadość uczynić pokładanej w niej nadziei. W każdym bądź razie w chwili użycia surowicy odpornościowej, mamy już doczynienia z silnem zadziałaniem jadu błoniczego na młody ustrój, a to nie może przejść dlań bezkarnie i prawie stale musi się odbić na sprawności jego czułych narządów. Jeśli jeszcze uwzględnimy, że błonica jest chorobą, odznaczającą się najbardziej rozpowszechnionem w niej nosicielstwem, a przeto nie poddającą się zwalczaniu zapomocą tych środków, które w innych chorobach zakaźnych mogą być skuteczne - wówczas uznać musimy, że tylko drogą czynnego uodpornienia ustroju zapomocą szczepionki możemy dojść do upragnionego celu zredukowania do minimum liczby przypadków błonicy, względnie osłabienia jej natężenia.

A że cel ten jest możliwy do osiągnięcia, najlepiej o tem świadczą zebrane dotychczas niezwykle obfite dowody, przemawiające na korzyść stosowanej szczepionki. Przedewszystkiem rozpatrzmy sprawę zachowania się odczynu Schicka. Chociaż w myśl dotychczasowych badań ujemny odczyn Schicka nie jest bezwzględnym wskaźnikiem odporności ustroju w stosunku do błonicy, to jednakże praktycznie za taki uznany być może, gdyż tylko pojedyńcze wypadki zachorowań na błonicę zdarzały się u osobników z takim odczynem. Również zmiana odczynu dodatniego na ujemny idzie w parze z wzrostem antytoksyn błoniczych w ustroju. Obserwując przeto zachowanie się odczynu u osobników szczepionych, którzy wykazywali przed szczepieniem odczyn Schicka dodatni, możemy ze znaczną ścisłością mierzyć skuteczność szczepionki w kierunku uodpornienia ustroju. Badania w Warszawie wykazały, że w tym wypadku odczyn dodatni po trzykrotnem wprowadzeniu anatoksyny zmienił się w 93% w ujemny, czyli taka była uzyskana odporność po szczepieniu. Podobne wyniki, bo sięgające około 90%, stwierdziliśmy również na terenie Wilna. Odporność ta, rzecz jasna, przy dwu ewentualnie jednokrotnem zaszczepieniu jest niższa i dochodzi do 70% i 40%,

Najważniejsze jednak i bezsporne dowody na korzyść szczepień przeciwbłoniczych znajdujemy w niezwykle bogatej statystyce przeprowadzonych szczepień. Liczby dotychczas wykonanych i szybko narastających szczepień, liczone już są na miljony i przeto śmiało mogą służyć za dowód nieszkodliwości samej szczepionki. Dłuższe natomiast obserwacje środowisk szczepionych, przedewszystkiem w Ameryce, gdzie akcja ta datuje się od przeszło dziesięciu lat, pozwalają prześledzić stan zapadalności i śmiertelności z błonicy, wykazujących od chwili wprowadzenia szczepień stały spadek. W tym celu

przytoczę jako przykład miasto Detroit. Załączony wykres pozwala zaobserwować wzajemny do siebie stosunek trzech krzywych wyobrażających liczby zgonu, zachorowań i szczepień błoniczych. Widoczny jest ścisły ich związek ze sobą. Wraz z wrostem liczby szczepień zarówno krzywa zapadalności jak i śmiertelności raptownie spadają ku dołowi i następnie, gdy akcja szczepień, na skutek braku epidemji słabnie, krzywe te znowuż wznoszą się ku górze, jednakże nie osiągają już poprzednich wysokości. W ten sposób liczba zachorowań wynosząca w r. 1920 około 5000 przypadków, w r. 1930 osiągnęła 2800, wykazując w latach 1924 — 1928 zaledwie 2000 przypadków. Podobne stosunki stwierdzamy również na podstawie liczby zgonów z błonicy w tym czasie. Jeśli chodzi o liczbę szczepień w Detroit to objęły one 70% ogółu dzieci w wieku przedszkolnym, oraz 80% w wieku szkolnym. Charakterystyczne jest również przyciągnięcie tutaj do akcji szczepień 1100 lekarzy praktykujących, otrzymujących opłaty za poszczególne szczepienia.

Dalszym wyśmienitym przykładem skuteczności szczepień może służyć stan Ameryki Północnej — Kansas, posiadający 1.852.114 ludności w tem w wieku do lat 20 — 722.000. Stosunek zachorowań i zgonów na błonicę do wykonanych szczepień najlepiej ilustruje poniższe zestawienie:

Rok	Zachorowania	Zgony	Szczepienia	Rok	Zachorowania	Zgony	Szczepienia
1920	4.375	262	—	1925	1.101	71	8.000
1921	7.849	382	2.500	1926	903	49	30.000
1922	4.089	288	7.500	1927	1.073	75	75.000
1923	2.625	151	1.000	1928	793	61	40.420
1924	1.707	88	10.000	1929	919	68	59.580
Razem	20.645	1.171	21.000	Razem	4.689	324	213.000

Sumując dane okresu pięcioletniego 1920 — 1924 roku, oraz 1925 — 1929 i porównując je ze sobą, stwierdzamy w drugiem pięcioleciu, gdy szczepienia przeciwbłonicze osiągnęły poziom niemal powszechny, spadek zachorowalności z błonicy w wysokości 77%, umieralności zaś w 72%. W ten sposób umieralność z błonicy na sto tysięcy mieszkańców, która w roku 1920 wynosiła 14,6, spadła następnie w roku 1926 do 2,7, podnosząc się nieco w roku 1929 do 3,6.

Jako inny przykład można przytoczyć dane miasta Liége w Belgji, gdzie w ciągu sześciu lat obserwowano 5000 dzieci szczepionych i tyleż nieszczepionych, przyczem wśród pierwszych stwierdzono 20 przypadków zachorowań na błonicę, wśród drugich 200. Warunki obserwacji były zupełnie identyczne.

Ciekawym również przykładem są szczepienia przeprowadzone w wojsku francuskiem. Do roku 1930, t j. chwili rozpoczęcia szczepień przeciwbłoniczych wśród żołnierzy przypadki błonicy były bardzo częste. To też władze sanitarne bardzo skwapliwie skorzystały z nowego środka walki z tą chorobą i przedewszystkiem u nowozaciężnych przeprowadziły badania na odczyn Schicka, szczepiąc z pośród nich osobników wykazujących odczyn Schicka dodatni. Od tej chwili wszystkie oddziały szczepione wykazały wybitny spadek zachorowań na błonicę i to nietylko wśród szczepionych nowozaciężnych lecz także u ogółu żołnierzy.

Tego rodzaju przykłady można przytaczać w dużej ilości wszędzie bowiem, gdzie zastosowano szczepienia, stwierdzono dodatnie ich działanie.

Dane powyższe spowodowały zajęcie się sprawą szczepień przeciwbłoniczych Sekcji Higjeny Ligi Narodów, która zwołała w 1929 r. pierwszy zjazd przedstawicieli higjeny i pedjatrji różnych państw celem rozpatrzenia zagadnienia. Postanowiono na nim odbyć drugi zjazd w 1931 roku, poświęcając dwuletni okres na zebranie szczegółowych materjałów, dotyczących przeprowadzonych szczepień Drugi zjazd rozporządzając obfitą statystyką doszedł jednomyślnie do wniosku — konieczności poparcia akcji szczepień, opierając się na bezwzględnie stwierdzonej zmniejszonej zapadalności i śmiertelności z błonicy wśród szczepionych.

Na zakończenie należy jeszcze poruszyć sprawę skuteczności szczepień na terenie Wilna. Do pewnego stopnia jest to sprawa przedwczesna. Jednakże pewne symptomy dodatnie w tym kierunku wyraźnie się zarysowują. Ponieważ Komitet prowadzi ścisłą rejestrację dzieci badanych na odczyn Schicka i dzieci szczepionych, przeto mamy możność dokładnego sprawdzenia każdego przypadku zachorowania na błonicę w odniesieniu do naszej kartoteki.

Przedewszystkiem jeśli chodzi o liczbę zgłoszonych w roku bieżącym zachorowań na błonicę w Wilnie, to w ciągu pierwszych 10 miesięcy jest ona wyższą o 4,1% w porównaniu z takimże okresem roku przeszłego. Niewiadome mi są obecnie stosunki powyższe na innych terenach miejskich. Jednakże na najbliższym dla nas terenie reszty województwa wileńskiego przyrost przypadków błonicy wyniósł

w tym czasie 37%. Mimo to dane te ze względu na różnolitość środowisk trudno jest ze sobą porównywać i wyciągać z nich wnioski.

W roku bieżącym do dnia 1-go listopada zgłoszono w Wilnie 123 przypadki zachorowań na błonicę wśród dzieci wieku przedszkolnego, 46—szkolnego, oraz 13 powyżej lat 15. Razem przeto zachorowało 182 osoby. W liczbie zachorowań okresu szkolnego znajdowały się 4 przypadki wśród dzieci szczepionych, przyczem jeden u dziecka jednokrotnie, dwa dwukrotnie i 1 trzykrotnie szczepionego.

Brak zachorowalności z błonicy wśród dzieci szczepionych w wieku przedszkolnym, wobec zbyt małej liczby dokonanych szczepień w tym okresie, wynoszącej zaledwie około jednego tysiąca wobec 24.000 dzieci tego okresu na terenie Wilna—nie pozwala wysnuwać żadnych pewniejszych wniosków co do skutecznego działania szczepionki.

Inaczej jednak przedstawia się sprawa przy rozpatrywaniu zapadalności wśród dzieci w wieku szkolnym. Poczynając od lipca roku bieżącego, mieliśmy możność w ciągu czterech miesięcy obserwować zapadalność na błonicę wśród 10.797 dzieci zerejestrowanych w naszej kartotece, a więc wykazujących odczyn Schicka ujemny ewentualnie szczepionych — czyli inaczej mówiąc dzieci względnie uodpornionych, oraz pozostałej reszty dzieci nieszczepionych tegoż wieku, wynoszącej również około 11.000 dzieci. W tym czasie wśród nieszczepionych stwierdzono 24 przypadki błonicy natomiast wśród szczepionych 3 przypadki, przyczem jeden niepotwierdzony. Biorąc nawet pod uwagę to, że wśród pierwszych przypadków znajdowało się 9 w wieku lat 7, a więc tych które w roku zeszłym mogły nie być objęte akcją szczepienia i odejmując je — mimo wszystko pozostanie wybitna różnica w częstości zapadań wśród nieszczepionych i szczepionych, wyrażająca się stosunkiem jak 15:3 a właściwie do 2. Czyli wśród szczepionych zapadalność była pięciokrotnie, ewentualnie nawet siedmiokrotnie niższa.

Nietylko jednak ważny jest stosunek zapadalności wśród szczepionych i nieszczepionych. Nadzwyczaj bowiem ważny jest jeszcze przebieg samego schorzenia wśród tych dwu kategoryj chorych. Nie znając bliżej przebiegu błonicy w roku bieżącym wśród dzieci nieszczepionych, szczegółowo jednak interesowałem się tym przebiegiem wśród dzieci szczepionych. Otóż na ogólną liczbę 4 dzieci szczepionych, które zachorowały, troje z nich przebywało w szpitalu zakaźnym. Jak wykazują historje choroby, były to przypadki o niezwykle łagodnym przebiegu, nie wykazujące żadnych powikłań. Czwarty przypadek był leczony w domu, przyczem zachorowanie na błonicę

zostało zgłoszone przez pierwszego badającego dziecko lekarza; wezwany jednakże następnie specjalista chorób gardła nie potwierdził rozpoznania błonicy, ustalając djagnozę zwykłej anginy. Dziecko powyższe było trzykrotnie szczepione.

Taki szczegółowo zebrany materjal chociaż stosunkowo niewielki, ze względu na krótki okres obserwacji, pozwala jednakże pokładać duże nadzieje na przyszłość. W każdym bądź razie przemawia on wyraźnie na korzyść stosowanych szczepień. Dlatego też Komitet Szczepień Przeciwbłoniczych w dalszym ciągu kontynuuje dotychczasową swą działalność na terenie szkolnym, a równocześnie pragnąłby gorąco przyciągnąć ogół lekarzy, a przedewszystkiem pedjatrów, do współpracy, by na tej drodze uczynić szczepienia przeciwbłonicze powszechnemi już w pierwszych latach życia dziecka, a przez to jeszcze wydatniej obniżyć zapadalność i śmiertelność z błonicy.

Dr. WŁADYSŁAW PRAŻMOWSKI.

Les resultats de la vaccination antidiphterique à Wilno.

Un comité special formé à Wilno a soumis à la vaccination antidiphterique et a l'epreuve de Schick depuis le 1 mai 1931 jusqu'au 1 juillet 1932 les enfants dans 41 écoles chrétienes et juifs, dans 25 asilles de l'assistance publique et dans 2 maternités. On a pratiqué à 10025 enfants l'epreuve de Schick 5862 enfants furent vaccinés contre la diphtérie. Entre ceux dérnière 1716 enfants etaient vaccinés sans l'epreuve de Schick prèablement faite. En somme 11745 enfants furent soumis a l'action antidiphterique.

On a constaté en pratiquant la réaction de Schick la sousibilité à la diphterie dans 48,2% chez les garçons et 56,7% chez les filles. Les enfants juifs en génèral etant plus sensible que les enfants chrétiens.

La vaccination fut pratiqué par trois injections d'anatoxine diphterique preparée à l'Institut d'Hygiene d'Etat à Varsovie. Jusqu'a present nous n'avons point rémarqué de complication post vaccinatoire hors dans quelques cas une réaction plus intence.

La majorité d'enfants vaccinés étaient de l'âge scolaire seulement un petit nombre à l'âge préscolaire. Maintenant il faudrait adresser nos efforts aux enfants à un âge moins avancé.

Les observations faites jusqu'a présent en Pologne et à l'etrangé sur la réaction de Schick avant et après la vaccination antidiphterique, ainsi que la diminution des cas de la diphtérie et la diminution de la mortalité plaide en faveur de la vaccination globale contre la diphtérie.

Les quelques mois d'observations à Wilno montrent que la diphtérie est de septe fois moins frequente entre les enfants vaccinés qu'entre les enfants non vaccinés. Dans trois cas d'enfants vaccinés, qui subirent la diphtérie, on a observé une forme légère de la maladie.

Dr. med. HENRYK RUDZIŃSKI.

Zdrowotność publiczna na Wileńszczyźnie.

(Dokończenie).

IX.

OPIEKA NAD UMYSŁOWO CHORYMI I NIEDOROZWINIĘTEMI.

Opieka nad chorymi tego rodzaju na Wileńszczyźnie przedstawia dotychczas b. dużo do życzenia, aczkolwiek w porównaniu z okresem z przed dziesięciu lat uległa ona naogół znacznej poprawie.

Przed wojną Ziemia Wileńska posiadała duży okręgowy szpital dla umysłowo chorych na 1.000 łóżek w Nowej Wilejce pod Wilnem, prócz tego w Wilnie przy szpitalu św. Jakóba istniał oddział psychjatryczny. Podczas wojny szpital z Nowej Wilejki ewakuowano wgłąb Rosji. W pierwszych latach po wojnie (1919 — 1922 r.) istnieje zaledwo jeden oddział przy szpitalu św. Jakóba, mogący pomieścić najwyżej 100 chorych, mieści zaś tam stale od 120 — 150 chorych. Oddział jest źle wyposażony, wymaga kapitalnego remontu, nie posiada wanien, z niedostateczną opieką pielęgniarską i odżywianiem; obsługuje on w tym czasie prawie całe Kresy (3 Województwa), gdyż na tym terenie nie było żadnego innego oddziału, lub szpitala psychjatrycznego. Zabudowania byłego szpitala w Nowej Wilejce zostały oddane pod koszary wojskowe.

Warunki takie wytwarzają wprost rozpaczliwy stan opieki nad umysłowo chorymi; setki chorych niebezpiecznych dla otoczenia pozostaje bez wszelkiej opieki po wsiach i miasteczkach kresowych; chorzy niejednokrotnie palą wsie, a nawet całe miasteczka, popełniają liczne morderstwa i zbrodnie, w Wilnie zaś służą przedmiotem drwin ulicznej gawiedzi. Gminy z braku miejsc w szpitalach trzymają chorych po aresztach gminnych, ludność zaś, nie mogąc poradzić sobie z „fiksatami" na wsi, trzyma ich nieraz po domach na uwięzi, lub używa wszelkich sposobów ich pozbycia się; jako jeden ze sposobów, praktykowanych od czasu do czasu nawet obecnie polega na

tem, że rodzina przywozi chorego w dnie targowe do Wilna na plac targowy i wypuszcza go na wolność; wieczorem po opuszczeniu przez ludność rynku, chory zostaje zatrzymany przez policję, która kieruje sama do przepełnionych szpitali. W ten sposób i chory znajduje lokatę w szpitalu i za leczenie nie trzeba płacić, nim się ustali nazwisko i miejsce pochodzenia chorego.

Dopiero po roku 1922 pomoc tym chorym ulega względnej poprawie. Magistrat m. Wilna organizuje nowy oddział psychjatryczny na 40 miejsc przy szpitalu Żydowskim, przeprowadza na oddziale przy szpitalu św. Jakóba najniezbędniejszy remont, wyposaża w inwentarz i zwiększa personel pielęgniarski.

Od roku 1928 powstaje w Wilnie Państwowy Szpital Psychjatryczny na 140 łóżek łącznie z Kliniką Psychjatryczną U. S. B. przy ul. Letniej 5 dla chorych ze wsi. Wzamian zabudowań byłego szpitala w Nowej Wilejce władze centralne oddają do dyspozycji miejscowych czynników majątek Kojrany o obszarze 448 ha, w odległości 5 klm. od Wilna, dla budowy na jego terenie szpitala psychjatrycznego. W r. 1929 zawiązuje się komitet budowy, zostają opracowane szczegółowe szkice szpitala na 700 łóżek, budowę jednak ostatecznie odroczono na czas nieokreślony z powodu ogólnego kryzysu ekonomicznego.

Od roku 1929 Magistrat m. Wilna pozostawia przy szpitalu św. Jakóba jedynie oddział męski na 45 miejsc, a przy szpitalu Żydowskim oddział żeński na 55 miejsc, przeznaczając je dla przypadków ostrych i obserwacji; resztę chorych wysyła na Pomorze do szpitala w Świeciu, lub do Dekszni pow. wileńsko-trockiego pod opiekę rodzinną miejscowej kolonji żydowskiej (gdzie razem utrzymuje około 200 chorych), w ten sposób likwiduje czasowo przynajmniej palącą sprawę opieki nad chorymi z miasta. Co się tyczy chorych pochodzących ze wsi, to takowi są kierowani do Państwowego Szpitala Psychjatrycznego w Wilnie, względnie do innych szpitali w Polsce; zaznaczyć tutaj muszę, iż w chwili obecnej w rozwiązaniu należytem sprawy pomocy umysłowo chorym nie brak łóżek szpitalnych stoi na przeszkodzie, bo miejsca w szpitalach są (w Poznańskiem, na Pomorzu lub w Choroszycy pod Białymstokiem, gdzie w ostatnich latach został wybudowany duży szpital międzykomunalny), natomiast główną przeszkodą jest zubożenie ludności i miejscowych samorządów gminnych, które z braku pieniędzy nie są w stanie opłacać dużych należności za leczenie umysłowo chorych w szpitalach; niektóre gminy mają zaległości szpitalne z tego powodu (za

2—3 chorych), przekraczające ich normalny roczny całkowity budżet. Rozwiązanie tego zagadnienia winno iść obecnie nie po linji rozbudowy łóżek szpitalnych, lecz raczej w kierunku zmniejszenia kosztów leczenia umysłowo chorych, lub wogóle odciążenia gmin od ponoszenia niepomiernych dla nich świadczeń z tego tytułu.

Mając to na widoku, wojewódzki wydział zdrowia w ciągu ostatnich lat dąży w kierunku uporządkowania i popierania rozwoju pozazakładowej opieki rodzinnej w kolonjach wiejskich dla umysłowo-chorych spokojnych i nieuleczalnych, stanowiących zwykle niepotrzebny balast dla szpitali. We wsiach Dekszni (65 rodzin) i Lejpunach (19 rodzin) w odległości 2—5 klm. od Olkienik pow. Wil.-Trockiego, miejscowa ludność żydowska od 50 lat zgórą prowadzi taką opiekę za opłatą od 45 do 70 zł. miesięcznie za chorego. W latach 1929—1931 znajduje tam stale opiekę około 70—100 chorych przeważnie narodowości żydowskiej, pochodzących z różnych terenów Rzeczypospolitej.

Wobec tego, iż dotychczas opieka ta rozwijała się samorzutnie, bez wszelkiej planowej organizacji, a nieraz nawet ze szkodą dla chorych, Wydział Zdrowia zobowiązał obie kolonje do podporządkowania się określonym przepisom, a mianowicie:

1) Ustalono liczbę chorych, którą może posiadać w swej opiece każda rodzina zależnie od warunków lokalowych i składu rodziny, jednak nie więcej niż 8 chorych na jedną rodzinę.

2) Utrzymywanie przez kolonję stałego lekarza-psychjatry, dojeżdżającego okresowo do kolonji z Wilna (jest nim d-r A. Wirszubski); utrzymywanie na miejscu stałej pielęgniarki.

3) Zorganizowanie kolonji pod względem prawnym na zasadach kooperacji z przyjęciem statutu i regulaminu wewnętrznego, obowiązującego dla jej członków, a zatwierdzonego przez wydział zdrowia.

4) Wprowadzenie ksiąg meldunkowo-ewidencyjnych, podporządkowanie się zarządzeniom nadzoru sanitarnego administracji powiatowej.

5) Wybór zarządu kolonji, któryby czuwał nad odpowiedniem rozmieszczeniem i utrzymywaniem chorych oraz nad wykonywaniem wydawanych zarządzeń i przepisów. Przepisy te, aczkolwiek powoli, ludność kolonij zaczyna wprowadzać w życie; należy mieć nadzieję, iż w niedalekiej przyszłości kolonje będą uporządkowane.

Za przykładem Dekszni i Lejpun w r. 1931 zapoczątkowano podobną opiekę w rodzinach chrześcijańskich: po jednej rodzinie w Dek-

szni i Lejpunach, a następnie staraniem ziemianina p. A. Skrzyńskiego w jego majątku Janieliszkach i okolicznych osadach chrześcijańskich (koło Połukni, gm. Rudziskiej, pow. Wileńsko-Trockiego); kolonja ta organizuje się w myśl wyżej przytoczonych zasad; zarząd spoczywa w ręku p. Skrzyńskiego; przebywa tam obecnie około 30 umysłowo-chorych, skierowanych przez Magistrat m. Wilna; opiekę sanitarno-lekarską wykonuje psychjatra d-r J. Podwiński, dojeżdżając z Wilna raz na miesiąc; kolonja rozwija się najzupełniej pomyślnie jak pod względem urządzenia, tak i prowadzenia fachowego.

Jak wykazuje praktyka dotychczasowa i zgodnie z opinją wybitnych psychjatrów, opieka pozazakładowa we wszystkich wspomnianych kolonjach daje zupełnie pomyślne wyniki w leczeniu; ze względu na niedrogie stosunkowo koszty utrzymania jest ona dostępna dla potrzeb samorządów i szerszych warstw ludności i wobec tego ma zapewnione widoki pomyślnego rozwoju.

X.

SZPITALNICTWO.

Zaopatrzenie województwa w łóżka szpitalne.

Na terenie całego województwa w okresie 1929 — 1931 roku funkcjonowało szpitali państwowych ogólnych 6, psychjatryczny państwowy 1, klinik uniwersyteckich 7, szpitali samorządowyhh 11, szpital publiczny gminy żydowskiej 1, lecznic społecznych i prywatnych 9, razem o łącznej pojemności 2078 łóżek, co na 1.275.267 mieszkańców w województwie wyniesie 1 łóżko szpitalne na 613 mieszkańców.

Do zestawienia tego nie wliczono 1 szpitala kolejowego na 240 łóżek, 1 okręgowego szpitala więziennego na 40 łóżek i szpitala wojskowego na Antokolu, jako zakładów zupełnie odrębnych, przeznaczonych dla specjalnych celów.

Jeżeli wyeliminować 7 klinik uniwersyteckich na 319 łóżek, jako zakłady dydaktyczno-naukowe, funkcjonujące tylko w okresie roku akademickiego i obsługujące w znacznej mierze ludność innych sąsiednich województw, otrzymamy zaopatrzenie szpitalne województwa w wysokości 1759 łóżek (1 łóżko na 720 mieszkańców).

Zaopatrzenie m. Wilna pod względem pomocy szpitalnej jest najzupełniej dostateczne, wynosi bowiem razem 1.247 łóżek, nie licząc klinik, czyli 1 łóżko na 158 mieszkańców; na terenie powiatów

stan szpitalnictwa przedstawia się znacznie gorzej; do dnia 1.IV 1932 roku istnieje tu 6 szpitali państwowych, 6 szpitali samorządowych i 1 lecznica prywatna o łącznej pojemności 440 łóżek; 1 łóżko szpitalne przypada przeciętnie na 2415 mieszkańców, wahając się w poszczególnych powiatach od 1 łóżka na 1740 mieszkańców w powiecie oszmiańskim do 1 łóżka na 7120 mieszkańców w powiecie Brasławskim.

Stan zaopatrzenia szpitalnego województwa wileńskiego w/g powiatów ilustruje niżej przytoczona tablica.

Urządzenie szpitali.

Szpitale miejskie w Wilnie (patrz tablicę) są najzupełniej dostowane i urządzone do swego przeznaczenia.

Szpitale państwowe naogół znajdują się w odpowiednio urządzonych i odremontowanych lokalach, posiadają dostateczny inwentarz jak chirurgiczno-lekarski tak i gospodarczy, posiadają pracownie kliniczno-laboratoryjne, lampy kwarcowe, a w Wilejce prócz tego aparat Roentgena oraz diatermję. Każdy szpital jest zaopatrzony w aparat radjowy ze słuchawkami na salach, oraz w bibljoteczkę dla chorych. Szpitale te dostosowane są do leczenia przedewszystkiem chorych zakaźnych, a następnie wogóle do warunków medycyny wiejskiej.

Szpitale samorządowe na wsi naogół wyposażone są bardzo ubogo; w większości lokale ich wymagają dużych remontów i do leczenia nawet w warunkach wiejskich nie są należycie dostosowane. W większości szpitali wiejskich kamery dezynfekcyjne są albo zupełnie zużyte, albo też wymagają kapitalnego remontu.

Ruch chorych w szpitalach miejskich w Wilnie w roku 1931 nieco się zmniejszył: gdy w roku 1930 obłożenie łóżek szpitalnych w Wilnie wynosiło 95%, w r. 1931 — 88%; takiż spadek frekwencji chorych zaznacza się i w klinikach uniwersyteckich wobec ogólnego kryzysu gospodarczego i dość wysokich opłat. W związku z tem daje się zauważyć spadek odsetka samowystarczalności szpitali tych z 90 — 95% do 46% i wzrost zaległych kosztów leczenia. Na terenie natomiast powiatów daje się zauważyć wzrost frekwencji chorych w szpitalach państwowych, zawdzięczając lepszemu doborowi personelu: tak w Święcianach % wykorzystania łóżek szpitalnych wzrósł z 17,5% w r. 1930/31 do 88,9%, w r. 1931/32.

Przeciętny okres pobytu chorego waha się w szpitalach od 9,4 do 25 dni zależnie od specjalizacji szpitala; w szpitalu zakaźnym

Nazwa powiatu i nazwa szpitali	Na ile mieszkańców przypada 1 łóżko szpitalne	Liczba łóżek etatowych	% obłożenia łóżek szpitalnych w r. 1931	Pobierane taksy opłat szpitalnych	Stan zaopatrzenia, braki i inne uwagi
1. m. Wilno					
1 szpital psychjatryczny państwowy (przeznaczony dla potrzeb ludności z terenów powiatowych) . . .	7.130	150	97%	4 zł. 50 gr.	Teren rozmieszczenia szpitala najzupełniej odpowiedni. Lokal ciasny, wymaga kapitalnego remontu.
5 szpitali miejskich samorządowych . . .	158	765	88%	od 5 zł. 50 gr. do 7 zł. 50 gr.	Naogół urządzone należycie.
5 zakładów społecznych.		275	—	—	
4 lecznice prywatne . .		57	—	—	
razem .		1.247			
2. pow. brasławski					
Szpital samorządowy w Brasławiu	7.120	20	57,5%	2,5 zł.—zakaźni, 4,5—5,5 inni	Frekwencja chorych w r.b. spadła z powodu kryzysu gospodarczego. Bud. murowany. Zaopatrzenie ubogie. Lokal odpowiedni; wymaga niezwłocznego kapitalnego remontu.
3. pow. Dziśnieński					
Szpital państwowy w Głębokiem	1.994	60	83,8%	2—4,5 zł.	Budynki murowane. Lokale odpowiednie. Zaopatrzenie dostateczne, brak urz. oczyszczających ścieki.
Szpital samorządowy w Dziśnie		20	170%	3—3,5 zł.	Zaopatrzenie niedostateczne.

Nazwa powiatu i nazwa szpitali	Na ile mieszkańców przypada 1 łóżko szpitalne	Liczba łóżek etatowych	% obłożenia łóżek szpitalnych w r. 1931	Pobierane taksy opłat szpitalnych	Stan zaopatrzenia, braki i inne uwagi
4. pow. mołodecki					
Szpital państwowy w Mołodecznie	3.033	30	74,1%	2—4,5 zł.	Lokal nieco ciasny. Zaopatrzenie dostateczne, brak lodowni, niezbędny jest bieżący remont lokalu.
5. pow. oszmiański					
Szpital państwowy w Oszmianie	1.740	60	64,1%	2—4,50 zł.	Bud. murowany, lokal odpowiedni. Urządzenie dostateczne. Zabudowania gospodarcze wymag. remontu.
6. pow. postawski					
Szpital samorządowy w Duniłowiczach . . .	3.328	20	95%	3—3,5 zł.	Brak szpitala w Postawach jako ośrodku powiatowym. Lokal wymaga kapitalnego remontu, zaopatrzenie niedostateczne. Od 1 kwietnia szpital czasowo przymknięto z braku środków materjalnych.
Lecznica prywatna D-ra Okulicza w Cieszyłowie	—	10	—	—	—
7. pow. święciański					
Szpital państwowy w Święcianach	2.730	50	88,9%	2—4,5 zł.	Wyposażony dostatecznie. Lokal szpitala nieodpowiedni, drewniany, nienadający się do warunków szpitalnych.

Nazwa powiatu i nazwa szpitali	Na ile mieszkańców przypada 1 łóżko szpitalne	Liczba łóżek etatowych	% obłożenia łóżek szpitalnych w r. 1931	Pobierane taksy opłat szpitalnych	Stan zaopatrzenia, braki i inne uwagi
8. pow. wilejski					
Szpital państwowy w Wilejce	2.618	60	81,1%	2—4,5 zł.	Budynek murowany, lokal odpowiedni. Wymaga dokończenia remontu wewnętrznego. Wyposażony dostatecznie.
9. pow. wileń.-trocki					
Szpital państwowy w Trokach	3.058	40	55,9%	2—4,5 zł.	Wyposażony dostatecznie, lokal dobry.
Szpital samorządowy w Szumsku	—	10	36%	2—4 zł.	Lokale wymagają dużego kapitalnego remontu; urządzenie średnie, brak kamer dezynfekcyjnych.
Szpital samorządowy w Olkienikach	—	10	66%		
Razem 29 zakładów leczniczych . . .	756	1.637	—	—	

w Wilnie okres ten wynosi 28 dni wobec tego, że w tymże szpitalu funkcjonuje oddział dla chorych na gruźlicę, wymagających dłuższego leczenia.

Gospodarka szpitalna.

Naogół budżety szpitali publicznych układane są na zasadach samowystarczalności gospodarczej szpitali, jeżeli chodzi o ich utrzymanie; wychodząc z tej zasady, ustalane są również taksy opłat szpitalnych; przy wykonaniu budżetów nigdy samowystarczalności jednak nie daje się osiągnąć, gdyż wobec stale pogłębiającego się kryzysu zdolność płatnicza ludności i gmin stale się zmniejsza, a wraz z tem wzrastają nieściągnięte koszta kuracyjne w szpitalach; % samowystarczalności szpitali z tego powodu waha się w granicach zaledwo 37—50%; powstały niedobór szpitalny związki komunalne muszą pokrywać z nieprzewidzianych w budżecie sum; zaległości kuracyjne ze strony ludności Wileńszczyzny sięgają obecnie kwoty około 3.500.000 zł. i wciąż wzrastają; o pokryciu tych należności przez ludność w większości rolniczą, przy niesłychanym spadku cen na produkty rolne, nie może być mowy w ciągu najbliższych kilku lat, tem bardziej, że na tej samej ludności ciąży szereg innych zaległości płatniczych (podatki państwowe, samorządowe, zwrot pożyczek rolnych, siewnych, odbudowy i t. p.).

Dużem utrudnieniem samorządom w prowadzeniu szpitali jest również konieczność, przewidziana ustawą, udzielania 50% zniżki Kasom Chorych za leczenie ubezpieczonych w tych Kasach.

Wysokość kosztów utrzymania chorych i taksy szpitalne.

Naogół taksy opłat szpitalnych są ustalane w wysokości własnych kosztów dziennego utrzymania chorych w myśl obowiązujących przepisów ustawowych, z wyjątkiem: 1) szpitali państwowych, w których taksa opłat szpitalnych, ustalona przez Ministerstwo, jest niższa przeciętnie o 50 gr. — 1 zł. od własnych kosztów utrzymania, a dla chorych zakaźnych jest niższa o 50—60%, 2) szpitali samorządowych na terenie powiatów, gdzie taksa jest obniżona przez samorząd celowo, aby udostępnić ludności pomoc szpitalną.

Żadnych dodatkowych opłat w szpitalach publicznych nie pobiera się, niema również w województwie podziału na klasy; we wszystkich szpitalach istnieje tylko jedna najniższa klasa łóżek.

Żywienie chorych wynosiło w r. 1931 od 90 gr. do 1 zł. 30 gr dziennie, wahając się zależnie od lokalnych warunków: w Wilnie

około 1 zł. 30 gr., na wsi zaś około 1 zł. dziennie i mniej; w roku 1932 wobec spadku cen na produkty koszty żywienia zmniejszyły się do 75 — 90 gr. dziennie.

Koszty leczenia przeciętnie wynoszą w szpitalach samorządowych miejskich — 35 gr., na terenie powiatów około 50 gr., w szpitalach państwowych przeciętnie 67 gr., w szpitalu psychjatrycznym 10 gr.

Wydatki osobowe wynoszą w szpitalach państwowych 1,40 — 2,00 gr., w samorządowych zaś są znacznie wyższe i sięgają 4.63 gr. dziennie na chorego, zwłaszcza w m. Wilnie.

Na 1 pracownika w małych wiejskich szpitalach państwowych przypada około 3 chorych, natomiast w dużych miejskich szpitalach m. Wilna stosunek ten się wyraża jako 1:2,5.

Znaczne wydatki osobowe w samorządowych szpitalach wiejskich od 2,50—4 zł. na dobę leczenia należy tłumaczyć tem, iż tyczy się to szpitali b. małych, prowadzonych tylko ze względu na warunki terenowe; prócz tego lekarze szpitalni za tą samą opłatą pełnią jednocześnie nieraz funkcje lekarzy rejonowych sanitarnych.

Usprawnienie pracy i gospodarki szpitalnej.

Celem podniesienia poziomu pracy szpitalnej oraz unormowania gospodarki szpitalnej Wydział Zdrowia od roku 1929 organizuje doroczne zjazdy dyrektorów szpitali państwowych i samorządowych województwa wileńskiego przy udziale delegatów Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Na zjazdach tych omawiane są sprawozdania z pracy i potrzeb poszczególnych szpitali, sprawy natury organizacyjnej, jak to: statuty szpitalne, regulaminy służbowe, projekty djet szpitalnych, tematy naukowo-fachowe i t. p.

Po wprowadzeniu poprawek i uzupełnień, zgłoszonych podczas Zjazdu, Wydział Zdrowia w r. 1931 wydał dla stosowania się szpitalom państwowym:

1) regulamin dla pielęgniarek szpitalnych,
2) regulamin dla służby niższej w szpitalach
3) regulamin porządku wewnętrznego w szpitalach państwowych Województwa Wileńskiego,
4) instrukcję w sprawie żywienia chorych.

Ponadto Wydział Zdrowia unormował sprawę wypisywania leków przez poszczególne szpitale państwowe za pośrednictwem Wydziału Zdrowia raz 1 kwartalnie z jednej hurtowni, na podstawie co roku zawieranej umowy na warunkach, uzyskiwanych drogą przetargu.

Poniżej przytaczam krótkie sprawozdanie liczbowe z działalności poszczególnych szpitali państwowych Województwa Wileńskiego,

SPRAWOZDANIE

z działalności Szpitali Państwowych za okres od 1-go Kwietnia 1931 r. do 1-go Kwietnia 1932 r.

	Głębokie	Mołodeczno	Nowe-Troki	Oszmiana	Święciany	Wilejka	Razem
Etatowa liczba łóżek	60	30	40	60	50	60	300
Liczba chorych leczonych w Szpitalu	1.111	581	574	1 407	1.077	1.490	6 240
Liczba dni leczenia	18.362	8.116	8.156	13.998	16.218	17.717	82.567
Przeciętne obłożenie łóżek szpitalnych	50,3	22,2	22,3	38.4	44,4	48,6	226,2
% wykorzystania łóżek szpit.	83,8%	74,1%	55,9%	64,1%	88,9%	81,1%	75,4%
Przeciętny okres leczenia	16.5	14,0	14,2	9,9	16,9	11,9	13,5
Liczba zgonów	79	36	33	90	60	76	37,4
% śmiertelności	7,1%	6,2%	5,7%	6.4%	6,3%	5,1%	6,1%
I. Personel:							
Liczba lekarzy ordynujących	2	1	1	1	1	2	8
Personel administracyjny i kancelaryjny	3	1	1	3	2	3	13
Liczba pielęgniarek	5	3	4	4	5	5	26
Ile chorych dziennie przeciętnie przypada na 1-ną pielęgniarkę	10,0	7,4	5,6	9,6	8,8	9,7	8,7

	Głębokie	Mołodeczno	Nowe-Troki	Oszmiana	Święciany	Wilejka	Razem
Liczba służby niższej	14	9	10	13	13	13	72
Ile chorych dziennie przeciętnie przypada na 1-ną posługaczkę	3,6	2,5	2,2	3	3,4	3,7	3,1
II. Wydatki ogólne szpitala	92.044,17	52.798,01	56.552,11	80.166,16	100.373,49	148.856,42	530.790,36
W tem na remonty	2.487,48	7.881,64	3.854,02	10.648,70	8.363,44	45.055,97	78.291,25
Zakup inwentarza	8.759,38	4.581,47	8.087,16	9.813,51	15.099,85	17.675,78	64.016,15
Wydano na utrzymanie i prowadzenie szpitali	80.798,31	40.334,90	44.610,93	59.703,95	76.910,20	86.124,67	388.482,96
Uzyskano z opłat od chorych .	32.556,41	19.079,63	20.878,84	47.500,71	33.986,83	37.739,40	191.741,82
Niedobór na prowadzenie szpitala	59.487,76	33.718,38	35.916,13	32.665,45	66.386,66	111.117,02	339.291,40
Nieściągnięte koszta kuracyjne za lata ubiegłe	151.499,43	62.185,48	29.908,22	79.120,95	85.934,94	145.820,94	554.469,96
Przeciętny dzienny koszt utrzymania 1-go chorego . . .	4—40,0	4—97,0	5-47,0	4—26,5	4—74,2	4-86,1	4—70,5
a) w tem dzienny koszt żywienia	1—01,6	1—07,0	1-04,7	0—83,6	1—13,3	1—04,2	1—02,6
b) w tem dzienny koszt leczenia	0—62,9	0—56,7	0—40,5	0—53,7	0—91,6	0—74,4	0-66,7
c) dzienny koszt opieki personalnej	1-49,8	1—85,9	1—87,8	1—71,5	1—26,2	1—49,6	1—56,1

	Głębokie	Mołodeczno	Nowe-Troki	Oszmiana	Święciany	Wilejka	Razem
III. Ruch chorych w/g chorób i zabiegi.							
a) Wewnętrzne - ogółem liczba chorych	314	157	272	598	326	525	2 198
przeciętny okres pobytu chorego	15	12,4	11,6	9,27	14,4	12	12,44
b) Chirurgiczne - ogółem liczba chorych	358	137	142	495	413	568	2.113
przeciętny okres pobytu chorego	17	14,9	17,5	10,87	14,4	13,8	14,75
Liczba operacyj większych . .	398	327	105	496	543	722	2.591
c) Położnicze: liczba chorych	196	148	77	171	153	188	933
przeciętny okres pobytu chorych	9	6,4	7,9	7,34	12	8,5	10,15
W tem porodów	87	50	57	80	70	76	420
d) Zakaźne ogółem: liczba chorych	189	60	9	83	4	51	396
przeciętny okres pobytu chorego	24	17,5	14,1	14,7	13,3	14,6	16,36
W tem na dur plamisty	121	31	7	20	2	23	20,4
e) Gruźlica ogółem: liczba chorych	41	36	9	65	54	77	282
przeciętny okres pobytu chorego	25	20,5	12,1	12,3	34,1	5 2	18,0

szpitale samorządowe zmuszony byłem opuścić z powodu nienadesłania odpowiednich sprawozdań. Ruch chorych w szpitalach miejskich m. Wilna jest stale podawany w Roczniku Statystycznym m. Wilna, gdzie każdy, interesujący się tą sprawą może uzyskać niezbędne mu dane.

Z tego krótkiego zarysu o szpitalnictwie możemy wnioskować, iż pod względem pomocy szpitalnej szpitale na wsi pozostawiają dużo do życzenia; jesteśmy jeszcze bardzo daleko od ustalonego wyposażenia normalnego dla terenów wiejskich w stosunku 2 łóżek na 1000 mieszkańców. W niektórych szpitalach samorządowych poziom lecznictwa dotychczas jest bardzo niski, niemniej jednak muszę podkreślić, iż w ciągu ostatnich lat poziom ten zwłaszcza w szpitalach państwowych, podniósł się znacznie i nie ustępuje naogół szpitalom województw centralnych.

Przeżywany obecnie ogólny kryzys gospodarczy stawia nasze szpitalnictwo kresowe na wsi w niezmiernie ciężkiej sytuacji; niektórym szpitalom samorządowym (Duniłowicze pow. Postawskiego, Brasław, Dzisna) grozi likwidacja.

Ze względu na ogrom pracy, włożonej w tę dziedzinę w okresie państwowości polskiej tak ze strony władz państwowych, samorządowych, jak i ze strony personelu lekarskiego i pracowniczego szpitali, należy mieć nadzieję, iż czynniki powołane dołożą wszelkich starań, aby utrzymać przynajmniej obecny stan posiadania i zapewnić ludności należytą opiekę szpitalną.

Likwidacja szpitali wiejskich byłaby tem boleśniejszą stratą dla naszych kresów, iż szpitale tu prócz niesienia pomocy chorym mają jeszcze jedno nie mniej ważne zadanie, a mianowicie, wszczepianie zasad higjeny i kultury miejscowej ludności. Szpitale wogóle, a w szczególności na Wileńszczyźnie, pełnią rolę „uniwersytetów ludowych" w zakresie higjeny.

XI.

POMOC LEKARSKA DLA FUNKCJONARJUSZÓW PAŃSTWOWYCH I ICH RODZIN.

Dla niesienia tego rodzaju pomocy istnieje w Wilnie przy Wojewódzkim Wydziale Zdrowia (Wielka 51) przychodnia lekarska, w której na dzień 1.IV 1932 r. pracowało 17 lekarzy specjalistów, opłacanych przez Rząd. Przy tej przychodni istnieją należycie wyposażone: 1) gabinet fizjoterapeutyczny, zaopatrzony w 3 lampy kwarcowe, diatermję, pantostat etc., 2) gabinet dentystyczny z dwoma lekarzami-dentystami; gabinety te prowadzone są na zasadach

samowystarczalności z opłat, pobieranych od chorych za poszczególne zabiegi. Z pomocy w Wileńskiej Przychodni lekarskiej korzystają funkcjonarjusze państwowi nie tylko z terenu województwa wileńskiego, lecz również i nowogródzkiego.

Na terenie powiatów dla niesienia tej pomocy zakontraktowano w różnych miejscowościach 44 lekarzy, opłacanych przez Rząd jednostkowo od każdej porady.

Leczenie szpitalne odbywa się w szpitalach publicznych województwa wileńskiego, w klinikach U. S. B. w Wilnie, względnie w sanatorjach i zakładach leczniczych, uznanych przez Departament Zdrowia za nadające się do leczenia funkcjonarjuszów państwowych. Leki otrzymywali chorzy z aptek prywatnych za opłatą $^1/_2$ taksy, resztę opłacał Rząd; od dnia 1.IV 1932 r. leki nabywają funkcjonarjusze państwowi całkowicie na swój koszt po cenach ulgowych.

Ruch chorych i liczby udzielonych porad w r. budż. 1931/32.

	W m. Wilnie	Na terenie powiatów	Razem	Uwagi
Liczba osób leczonych w ciągu roku	23.047	6.333	29.380	Przeciętny koszt jednej porady lekarskiej — 89 gr. porady lekarskiej w domu — 4 zł. 18 gr.
Liczba udzielonych im porad lekarskich	46.698	12 741	59.439	
W tem udzielono porad w domu u obłożnie chorych . .	7.693	2.068	9.761	

Liczba osób leczonych w ciągu roku:		Dokonano zabiegów:	
na gruźlicę wszelkich postaci	2.900	chirurgicznych mniejszych . .	3.504
na jaglicę	42	większych	1.253
na kiłę	80	wstrzykiwań podskórn. . . .	9.152
na rzeżączkę	210	dentystycznych	1.620
na gościec	582	naświetlań lampą kwarcową .	4.271
		naświetlań lampą Sollux . .	566
		przegrzewań diatermją . . .	738
		innych zabiegów	167

Z zestawienia powyższego widzimy wśród funkcjonarjuszów i ich rodzin dość znaczną zapadalność na gruźlicę i gościec, zwłaszcza często daje się stwierdzić te schorzenia wśród nauczycielstwa i funkcjonarjuszów Policji Państwowej, co jest zrozumiałe ze względu na charakter i warunki służbowe tego rodzaju pracowników.

XII.

Piśmiennictwo.

1. Borowski Antoni Dr. i Zofja Kuncewicz Dr. „Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej". Monografja 1927 r. 2. Brokowski Stefan Dr. Sprawozdanie z opieki Higjeniczno-lekarskiej w szkołach powszechnych m. Wilna za 1929/30 i 1930/31 rok. 3. Kacprzak M. Dr. „Lekarze w Polsce" Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr.N. 8, 9, 10 i 11 z roku 1929. 4. Karaffa-Korbutt Kazimierz Prof. Dr. Przyczynek do hidrologji terenu Wileńskiego. Archiwum Higjeny. Tom II. 1927 r. 5. Kasperowicz Feliks Dr. O studniach kopanych na terenie m. Wilna. Dwutygodnik „Medycyna" Nr. Nr. 15 i 16 z r. 1931. 6. Kozłowski Marjan Dr. „Stan sanitarny powiatów Województwa Wileńskiego w r. 1926". Pamiętnik Zjazdu IV. higjenistów polskich w Wilnie. 7. Podwiński Juljan Dr. „Dziesięć lat działalności Oddziału Psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie" (1919 — 1929). Nowiny Psychjatryczne roku 1930 (Zeszyt III — IV). 8. Przywieczerski Witold Dr. i Heymen Marcin Inż. „Stan szpitalnictwa w Polsce na tle przesilenia gospodarczego" Lekarz Polski Nr.Nr. 3, 4 z r. 1931. Warszawa. 9. Rostkowski Ludwik Dr. „Plan zwalczania jaglicy na Wileńszczyźnie i początki jego realizacji". Przegląd Trachomatologji Nr. 1, roku 1931. 10. Rostkowski Ludwik Dr. „Państwowa Kolumna dla zwalczania Jaglicy w województwie Wileńskiem". Przegląd Trachomatologji Nr. 1, r. 1932. 11. Rydzewski Bronisław Prof. Fizjografja Województwa Wileńskiego „Wilno i Ziemia Wileńska". Zarys monograficzny. Tom I. 1930 roku. Wydanie Zbiorowe. 12. Rymaszewski Kasper Dr. „Sanitarne opisanie m. Wilna" 1928 roku. 13. Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej za r. 1930. 14. Wiadomości statystyczne Główn. Urzędu statystycznego, zesz. 16 i 17 z roku 1932. 15. Wierciński Andrzej Dr. „Dur plamisty i dur brzuszny na terenie Wojewódz. Wileńskiego". „Zdrowie" Nr. 20, roku 1930. 16. Wołłosowicz Stanisław. Ziemia Wileńska, 1925 rok. 17. Zachert Marjan Dr. „Jaglica i jej zwalczanie" 1928 r. Wydanie Zbiorowe 1928 roku. 18. Zachert Marjan Dr. „Sześć lat kampanji przeciwjagliczej w Polsce". Przegląd Trachomatologji Nr. 3 i 4 z r. 1931. 19. „Zdrowotność Publiczna". Wiadomości statystyczne Gł. Urz. Stat. Zesz. spec. V. 1932 r. 20. „Związki Komunalne Wojew. Wileńskiego w świetle cyfr" w roku 1930, 31 i 32. Wilno. Wydawnictwo nieoficjalne.

Docteur en médecine HENRI RUDZIŃSKI.

La salubrité publique dans le départament de Vilno.

La voïvodie de Vilno située au nord — est de la République Polonaise couvre une superficie de 28.948 kilomètres carrés et compte 1.275.269 d'habitants d'aprés le recensement du 9.XII 1931. La densité de la population est de 44,1 habitants pour un kilomètres carré, le taux de la population urbaine est de 20,7%.

Le palatinat de Vilno s'élève à 100 — 300 mtr. au dessus du niveau de la mer, le climat en est généralement doux en moyeune: la chaleur — 6,3%, la pression atmosphérique 761 mm., de jours de soleil 60.

Le pays presque exclusivement agricole a été en grande partie ruiné par la grande guerre, surtout dans la zone dite du front, large de 30 klm. qui s'étend le long des confins du palatinat. Il y a 1.461 klm. de routes battues dont 993 klm. faits par l'Etat Polonais.

On compte 49 centres autonomes médico-sanitaires, Vilno même est un centre sanitaire modèle: il possède le dispensaire de la société anti tuberculeuse de Vilno, les dispensaires: 1) eugénique, 2) sportif, 3) neurologique, 4) sanitairo - moralisateur et plusieurs postes de la Protection de la mère et de l'enfant; dans tous les districts, dans chaque ville de province, il existe aussi un dispensaire.

On compte 510 médicins, dont 394 dans la ville Vilno, médicins—dentistes 193 et 96 pharmacies publiques. Sur tout le terrain de la voïvodie l'épidémie du typhus exanthématique sévit depuis un temps immémorial à cause de l'insalubrité des logements et du bas niveau intellectuel de la population. Il atteint environ 500 — 600 personnes par au on 1931 — 645. Des colonnes épidémiques spéciales luttent avec le typhus aux moyens des désinfections avec du cyanure de soude, des lavages de l'épouillage de la population locale et d'une large propagande.

Pendant les 2 demières années on a inauguré l'inoculation préservatrice avec le vaccin du professeur Veigl, jusqu'à présent avec succès. La dothienenthérie apparaît sous forme de foyers isoles épidémiques ou sporadiquement, le plus souvent à Vilno et dans le district de Dzisna (Głębokie).

Parmi les maladies qui affligent notre population est le trachome dont souffrent jusqu'à 56,8 sur 100.000 habitants (et dans toute la Po-

logne il en tombe malades 7). La contagion par le trachome de la population rurale monte en moyeune à 3⁰/o — 6⁰/o surtout parmi la jeunesse des écoles. On lutte contre le trachome par la cure faite dans des ambulances par les médicins régionaux qui y sont spécialement préparés et 2 colonnes volantes ocielistiques de la Croix Rouqe, ces dernierès travaillent chaque été pendant 3 mois. Vilno possède un acqueduc de ville et le tout à'l'égout au centre de la ville, les fauboburgs comptent 2.697 puits (1 puits pour 3 propriétaires). Sur le terrain du diatrict il y a un puits pour 8 propriétaires 4400 de ces puits sont en beton. Les écoles communales sont au nombre de 1.350 dont 278 sont logées dans leurs propres immeubles et les autres dans des locaux loues; au cours de l'année 1931 les médicins ont inspecté 81,7⁰/o de ces écoles, on a trouvé 11,7⁰/o d'enfants sales, 6,5⁰/o pouilleux, 3,3⁰/o atteints de trachome, dans les écoles de Vilno 5,3⁰/o tuberculeux, dont 4,3⁰/o atteints de la tuberculose des glandes, 2 sections locales psychiatriques étendent leur tutelle sur les aliénés de la ville de Vilno et assurent 100 places à ces malheureux; l'hopital psychiatrique de l'état dispose de 150 lits. Dans les villages Deksznia, Lejpuny, Janieliszki et dans ceux des alentours près de Połuknia dans le district de Vilno—Troki existe le patronage familial sur les maniaques tranquilles, dont 150 malades sont placés dans des familles. Sur tout le terrain du palatinat il y a 19 hôpitaux publi, 7 cliniques universitaires, 9 hôpitaux, communaux et privés, dont le total des lits monte a 2.078,1 lit sus 613 habitants. Le nombre des lits occupés est à Vilno de 88 — 95⁰/o, dans lesdistricts 50 — 80⁰/o.

La Caisse des malades de Vilno prend soint de 78.621 malades assurés (avec les membres de leurs familles) pour les fonctionnaires il existe une organisation particulière de l'aide sanitaire de l'état.

La surveillance sur les produits alimentaires est confiée à la succursale de l'Établissement Varsovien de l'état destiné aux recherches sur les denrées et à l'Atelier municipal des recherches sur les vivres.

Protokóły posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

Posiedzenie z dnia 5.X. 1932 roku.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda*. Obecnych 36 członków i 45 gości.

Przed rozpoczęciem porządku dziennego Prezes powiadamia zebranych o zgonie członka T-wa ś. p. D-ra Henryka Dąbrowskiego, Lekarza Naczelnego Szpitala Kolejowego na Wilczej Łapie oraz członka honorowego T-wa D-ra Seweryna Sterlinga. Na wniosek p. Prezesa zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie. Następnie p. Prezes informuje zebranych, iż T-wo Lekarskie otrzymało w darze od Kliniki Psychiatrycznej stolik do epidiaskopu i wyraża w imieniu T-wa najserdeczniejsze podziękowanie za tak hojny dar. Poza tem Prezes komunikuje, iż epidiaskop został ostatecznie zmontowany oraz sporządzono nowy ekran.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Demonstracje chorych i preparatów:

Dr. *A. Malinowski* demonstruje i omawia przypadek myotonji wrodzonej.

Dr. *G. Giecow* demonstruje i omawia przypadek włókniaka macicy ciężarnej.

Dyskusja: Prof. *Jakowicki*, przytaczając pogląd Rosnera na patogenezę włókniaków, podaje, że na materjale Kliniki Wileńskiej pogląd ten naogół znalazł potwierdzenie. Co zaś się tyczy leczenia, to wykonana amputacja macicy jest jedynym zabiegiem w danym przypadku.

III. Prof. Dr. *W. Jakowicki* wygłosił odczyt p. t.: „Zagadnienie zapobiegania ciąży". W dyskusji zabierali głos: Doc. Zaleski, Dr. Swida, Dr. Giecow, Dr. Gordon i Dr. Trzeciak.

Sekretarz Dr. *A. Zalewski*.

Posiedzenie z dnia 12.X 1932 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda*. Obecnych 20 członków oraz 23 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Prof. Dr. *W. Jasiński*: „Wspomnienie pośmiertne po ś. p. D-rze Sewerynie Sterlingu".

III. Doc. Dr. *S. Bagiński*: „Wpływ wyciągów ciałka żółtego na czynności jajników".

W dyskusji zabierali głos: Doc. Zaleski, Prof. Ejgier, Rekt. Opoczyński, Prof. Pelczar i Doc. Bagiński.

IV. Doc. Dr. *M. Mienicki* i Dr. *C. Ryll-Nardzewski*: „Odczyny u łuszczycowych w związku z pyroterapją". Studjum nad łuszczycą jako stanem alergicznym. Autorzy używając nieswoistych antygenów (Dmelcos, szcz. gronkowcowa) wywoływali u chorych łuszczycowych odczyny śródskórne i badali zachowanie się u nich tak skóry, jak i krwi. Badania te w większości przypadków były kilkakrotnie powtarzane i po wprowadzaniu Dmelcosu dożylnie, t. j. w przebiegu stosowanej pyroterapji; dalsza obserwacja chorych trwała czas dłuższy. Zestawiając wyniki tych badań dało się ustalić, że pod wpływem pyroterapji: 1) odczyny śródskórne ulegały przeobrażeniu się ze swoistego (grudka łuszczycowata) w rumieniowy, 2) zmiany humoralne, które pierwotnie odpowiadały wstrząsowi anafilaktoidalnemu, zbliżyły się do normy i 3) inne, t. j. zmienione odziaływanie skóry łuszczycowych wyraziło się w występowaniu leukodermy, a też w kilku przypadkach powstaniu pyodermitów. Co się tyczy efektu terapeutycznego, to leczenie odczulające Dmelcosem daje naogół wyniki dobre, zwłaszcza ujawniło się to w tych razach, gdzie utrzymywała się wysoka i prawie nieprzerwalna gorączka. W wyniku tych własnych badań i analizy zebranych faktów, autorzy stwierdzają, że łuszczycę zaliczyć należy do grupy chorób alergicznych i że to schorzenie przyczynić się może do poznania i zgłębienia przejawów alergji.

W dyskusji zabierali głos: Dr. Fedosewicz, Doc. Mienicki i Dr. Ryll-Nardzewski.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.*

P o s i e d z e n i e z d n i a 19.X 1932 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.* Obecnych 31 członków i 48 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Dr. *Jan Oko* z I Kliniki Wewnętrznej zademonstrował 2 przypadki z dziedziny chorób serca.

1-szy przypadek z rozpoznaniem klinicznem: „Aortitis luetica subsequente aneurysmate aortae ascendentis et arcus aortae". Przypadek ciekawy ze względu na tak niezwykłe rozpięcie form zewnętrznych guza, zlokalizowanego w górnej przedniej części klatki piersiowej, zajmującego całą górną okolicę mostka z przyległemi do mostka częściami pierwszej i drugiej pary żeber, guza, przypominającego wyglądem zewnętrznym tykwę amerykańską (Flaschenkürbis) autorów niemieckich,

roentgenologicznie wykazującego ścisły związek z aortą wstępującą i łukiem aorty. Przypadek jest bądźcobądź rzadkością nie z powodu jednostki chorobowej, jako takiej, której etjologja i patogeneza nie nastręczały trudności rozpoznawczych (reakcja Wassermanna silnie dodatnia, w wywiadzie zakażenie luetyczne), lecz z powodu braku niektórych objawów podstawowych, jak Oliver-Cardazelli, tak charakterystycznych dla tego schorzenia szmerów w sercu, braku widocznego tętnienia worka tętniakowego na ekranie roentgenowskim (obecność skrzepów) przy zachowanem tętnie synchronicznem na obu tętnicach szprychowych. Objawy uciskowe również minimalne, tylko od czasu do czasu pojawiający się ból w okolicy guza i trudność przy połykaniu (zwężenie przełyku)

2-gi przypadek dotyczył chorej na serce z rozpoznaniem: „Stenosis ostii venosi sinistri et insufficientia relativa valvulae bicuspidalis". Przypadek o tyle ciekawy, że go stwierdzono u osoby młodej lat 26, chorej od niedługiego czasu (po grypie, przebytej w marcu r. b.). Pomijając objawy zwykłe, towarzyszące tej jednostce chorobowej, zwróciły na siebie uwagę: a) zbyt szybki dla tak młodej osoby rozwój dekompensacji serca, b) obecność pomruku kociego i szmeru skurczowego o charakterze piłującym i długim (holosystolicum), to co Niemcy nazywają „Presstrahlengeränsch", umiejscowionego w 3 i 4 przestrzeni międzyżebrowej koło prawego brzegu mostka, a rozchodzącego się równomiernie odśrodkowo we wszystkich kierunkach, natomiast nie przewodzącego do naczyń szyjnych.

III. Dr. *Dunin*. Demonstruje chorego z oczopląsem zależnym od woli chorego. W dyskusji zabiera głos Doc. T. Wąsowski.

IV. Prof. *K. Pelczar*. „Rola niektórych fosfatydów w ustroju".

V. Doc. Dr. *I. Abramowicz*. „O niektórych objawach powiekowych w schorzeniach mózgu i opon mózgowych". W dyskusji zabierali głos: Prof. Eigier, Prof. Szmurło i Dr. de Roset.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki*.

Protokół posiedzenia wspólnie z Pol. T-wem Przyrodników im. Kopernika z dn. 23-go października 1932 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda*. Obecnych 45 członków i 72 gości.

I. Prof. Dr. *M. Rose* wygłosił odczyt p. t.: „Fizjologja płatu czołowego mózgu i objawy kliniczne przy jego schorzeniach". W dyskusji zabierali głos: Prof. Dr. Hiller i Prof. Rose.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki*.

Posiedzenie z dnia 9 listopada 1932 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda*. Obecnych 20 członków i 34 gości.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia Przewodniczący komunikuje zebranym o śmierci w Paryżu honor. członka Tow. ś. p. Prof. J. Babińskiego.

I. Dr. *Zarcyn* przedstawia chorą, której dokonał operacji woreczka żółciowego przy zastosowaniu galwanokaustyki. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry.

II. Dr. *Achmatowicz* omawia przypadek niecałkowitego pęknięcia pęcherza moczowego i demonstruje chorego. W dyskusji zabierał głos Dr. Zarcyn.

III. Dr. *Prażmowski*. „Wyniki dotychczasowych szczepień ochronnych przeciw błonicy w Wilnie". W dyskusji zabierali głos: Dr. Łukowski, Zienkiewicz, Swieżyński i Dr. Rudziński. W odpowiedzi Dr. Prażmowski daje dodatkowe wyjaśnienia.

IV. Dr. *R. Łuczyński*. „Gruźlica ślinianki przyusznej".

V. Dr. *Lewande*. „Moje wrażenie z pracy nowym broncho i ezofagoskopem Hassingera" (pokaz przyrządu i wydobytych ciał obcych). W dyskusji zabierali głos: Dr. Rywkin, Berlinerblau i Prof. Michęjda, poczem odpowiada Dr. Lewande.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.*

Posiedzenie z dnia 16 listopada 1932 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda*. Obecnych 24 członków i 42 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Dr. *Zarcyn*. „Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego".

W dyskusji Dr. Jabłonowski zaznacza, że zmiany, jakim uległ wyrostek robaczkowy, konstatujemy dopiero w czasie operacji; natomiast podczas napadu trudno jest czasem stwierdzić i ustalić, czy w danym przypadku należy przeczekać, czy poddać chorego natychmiastowej operacji.

Prof. Michejda nie może się zgodzić na kompromisowość w ostrych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, jaka w wykładzie prelegenta przejawiała się w tem, że dopuszcza możliwość leczenia konserwatywnego tam, gdzie chory nie wyraża zgody na operację. Mówca oświadcza, że dotychczas nie miał przypadku, w którymby chory nie dał się nakłonić do leczenia operacyjnego; gdyby jednak tak się stało,

to mówca nie brałby na siebie odpowiedzialności za leczenie wewnętrzne ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Nie zgadza się także na tak szerokie ujęcie wskazań do leczenia operacyjnego w przypadkach przewlekłych, jak to uczynił prelegent.

Rektor Januszkiewicz podkreśla, że niekiedy lepiej jest przeczekać i leczyć konserwatywnie (gdy jest już zapóźno na interwencję chirurgiczną); gdy mamy wysoką ciepłotę i silne bóle, należy stosować lód. Nie można też być przeciwnikiem zastosowywania środków kojących, makowca i jego pochodnych — przez co zmniejszamy przecież ruchy robaczkowe i zmniejszamy szanse perforacji.

Doc. Dr. Zaleski uważa, że w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet chirurdzy winni zawsze konsultować z ginekologami, gdyż prawostronne zapalenie jajników może symulować appendicitis.

W dalszym ciągu w dyskusji zabierali jeszcze głos Dr. Trzeciak i Prof. Michejda, poczem Dr. Zarcyn w odpowiedzi daje dodatkowe wyjaśnienia.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.*

Posiedzenie z dnia 23.XI 1932 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.* Obecnych 20 członków i 28 gości.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia Przewodniczący odczytuje odezwę Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu, który odbędzie się w roku przyszłym.

I. Dr. *Cz. Ryll-Nardzewski.* Pokaz chorego z Acne necrotica.

Po omówieniu w ogólnych zarysach Kliniki tego cierpienia został przedstawiony chory, lat 38. Pierwsze objawy trądzika zgorzelinowego wystąpiły przed 2-ma laty, osutka daje stale nawroty i umiejscowiła się na czole na granicy włosów. Obecnie widzi się tam obok niezbyt licznych świeżych wykwitów przeważnie znamienne ospowate blizenki. Przed miesiącem chory w ciągu mniej więcej 10 dni odczuwał bardzo silne swędzenie na tułowiu i częściowo na kończynach. Dolegliwości były tak dokuczliwe, że przeszkadzały w pracy i podczas snu. Objaw ten niezmiernie charakterystyczny dla rzadkiej odmiany trądzika zgorzelinowego, opisywanej przez Sabouraud, który zwrócił uwagę, że bardzo dokładne nawet badanie w początkowym okresie nie wykazuje zmian przedmiotowych w skórze i stawia badającego w dość kłopotliwe położenie. Po kilku dniach można dostrzec bardzo małe, mniejsze od główki szpilki, strupki; po odpadnięciu ich pozostają maleńkie bli-

zenki dookoła włosów. U przedstawionego chorego obecnie widzimy takie blizenki na silnie owłosionych częściach tułowia. Sabourad nazwał tę odmianę acné nécrotiqu miliaire. Znajomość obrazu klinicznego, pięknie opisanego przez tego autora, pozwoli postawić właściwe rozpoznanie nawet w tych przypadkach, kiedy u chorego nie będzie wykwitów o częściej spotykanem umiejscowieniu i większych rozmiarach. Od 2-ch lat chory cierpi na zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, co ma stanowić, zdaniem wielu autorów, podłoże do wystąpienia a. nécrotica; cierpienie to wywołuje zakażenie łojotokowe łącznie z gronkowcem, najczęściej złocistym.

II. Dr. *St. Fedosewicz* demonstruje chorą A. K. ekspedjentkę, lat 19, wyznania mojżeszowego, zam. w Suwałkach. Chora podaje, iż przed 6-ciu laty na skórze lewej łydki, a przed pół rokiem na prawej łydce zaczęła się pojawiać bez żadnej widocznej przyczyny nieswędząca i bezbolesna łuszcząca się wysypka. Od tego czasu sprawa chorobowa wciąż szerzy się na otoczenie. Przed 4-ma laty chora odmroziła ręce oraz oba podudzia. Dotychczas leczyła się naświetlaniami promieniami Roentgena oraz smarowaniem jakimś płynem, używanym na odciski. Żadnych chorób nie przechodziła. Dziedzicznie nie obarczona. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdza się, ciepłota ciała 36,5. Gruczoły chłonne podszczękowe, szyjne, łokciowe i pachwinowe wyczuwalne, twardawe, niebolesne. System nerwowy bez zmian. OBW we krwi ujemny (—). Odczyn Pirquet'a ogólnie wypadł słabo dodatnio (37,1^0), miejscowo zaś wyraźnie dodatnio. W moczu składników patologicznych nie stwierdzono.

Szczegółowy opis kliniczny stanu choroby następujący: Na zaczerwienionej, z lekkim odcieniem sinawo-fioletowym, i nieco obrzmiałej skórze okolicy środkowo-dolnej części łydki oraz w jednym punkcie środkowej części łydki prawej widoczne są liczne, drobne, wielkości ziarn prosa i grochu, okrągławe, pojedyńcze rozrzucone oraz znacznie większe, kształtu nieprawidłowego, zlane ogniska złogów suchej łuski, o zabarwieniu szarawo-żółtawo-brunatnawem, z lekkim odcieniem ciemno-zielonkawym, dość mocno przystającej do podstawy i układającej się linijnie w postaci pasów, przebiegających mniej więcej równolegle z kierunkiem podłużnej osi kości podudzia. Na skórze otaczającej opisane ogniska złogów łuski oraz pod tą ostatnią po całkowitem jej zdrapaniu stwierdza się liczne punkcikowate, a pod łuską nawet większe, wielkości łebka szpilki i ziarna grochu, rozszerzenia powierzchownych naczyń. Skóra na obu rękach również zaczerwieniona, z lekkim odcieniem sinawo-fioletowym. Na skórze klatki piersiowej w oko-

licy rękojeści mostka oraz na plecach, szczególnie w okolicy międzyłopatkowej i poniżej, widoczne liczne Comedones oraz Acne vulgaris.

Przypadek ten demonstruje się ze względu na stosunkową rzadkość cierpienia, nietypowe umiejscowienie sprawy chorobowej oraz rozbieżność zdań w rozpoznawaniu. Mianowicie, rozpoznaliśmy tutaj Naevus durus teleangiectodes s. angiomatosus, czyli to, co inni rozpoznają jako Angiokeratoma Mibelli — naczyniak rogowcowy, a co zdaniem Bettmana, Grouwena, Maki i Malinowskiego należy zaliczyć do grupy znamion. Jako typowe umiejscowienie angiokeratoma Mibelli, wymienia się głównie wyprostną powierzchnię palców kończyn górnych i dolnych, w naszym zaś przypadku widzimy po stronie zginaczy obu podudzia.

Zdaniem Prof. Malinowskiego, który przed kilkunasty laty opisał przypadek Angiokeratoma Mibelli i na którego powołuje się w swoim podręczniku Prof. Kryształowicz, patogenetycznie ta sprawa chorobowa nie ma nic wspólnego z odmrożeniem, a etjologicznie jest wrodzonem rozwojowem zaburzeniem skóry czyli genodermją.

Tacy natomiast badacze jak Milian, Leredde, Pautrier usiłują zaliczyć to cierpienie skóry do grupy tuberkulidów.

W dyskusji Doc. Mienicki zaznacza, że wprawdzie Kryształowicz angiokeratomę de Mibelli etjologicznie umieszcza do grupy wad wrodzonych i dziedzicznych — jednakże szereg autorów wyróżnia to cierpienie jako nowotwór naczyniowy (Darrer, Nikolski i in.), mogący powstać nietylko we wczesnem dzieciństwie, lecz również i w w eku późniejszym, a zwłaszcza w okresie dojrzewania płciowego. W danym przypadku mamy do czynienia z angioteratomą, powstałą podczas pokwitania.

W odpowiedzi Doc. Mienickiemu Dr. Fedosewicz jeszcze raz podkreślił rozbieżność zdań badaczy, w sprawie tego, dość rzadko spotykanego cierpienia. Chora znajduje się w Klinice dopiero od kilku dni, wszystkich badań wykonać w tak krótkim czasie nie można było. Po wykonaniu takowych i w razie uzyskania nowych spostrzeżeń Dr. Fedosewicz nie omieszka je dodatkowo zakomunikować.

III. Doc. Dr. *S. Bagiński.* „Stężenie jonów wodorowych" (istota oraz zastosowanie w biologji). W dyskusji zabierali głos Dr. Karyszkowski, Rektor Januszkiewicz i Dr. Bagiński.

IV. Dr. *J. Klukowski.* „Zagadnienie kwasu mlekowego w świetle badań doświadczalnych".

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.*

Posiedzenie z dnia 30 listopada 1932 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. *K. Michejda.* Obecnych: 25 członków i 32 gości.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia na wniosek Przewodniczącego zebrani uczcili przez powstanie pamięć ś. p. D-ra Teodora Hryniewskiego. Następnie Przewodniczący oznajmia zebranym, że Doroczne Walne Zebranie T-wa odbędzie się dnia 12-go grudnia o godz. 19 m. 30 w pierwszym terminie; w razie braku quorum następne posiedzenie wyznacza się w tymże dniu na godz. 20-tą.

I. Dr. L. *Achmatowicz* i Dr. J. *Borysowicz* demonstruje chorego z Kliniki Neurologicznej U. S. B. i Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie: chory R. W. l. 22 od 3 lat cierpiał na napady padaczkowe. Stwierdzono (Dr. J. Borysowicz) objawy niedowładu prawostronnego z zaburzeniem mowy, ślinotokiem, obustronną tarczą zastoinową, prawostronnem połowiczem zaburzeniem czucia i innemi objawami, które rozwijały się stopniowo. Badanie láboratoryjne (krew, mocz, płyn mózgowo-rdzeniowy) nie wykazywały odchyleń od normy. Zdjęcie roentgenowskie czaszki nie wykazało umiejscowienia guza.

Rozpoznanie guza mózgu, umiejscowionego w lewych zawojach środkowych, zostało potwierdzone zabiegiem operacyjnym (d-r L. Achmatowicz).

Mimo dużych rozmiarów usuniętego guzu (7 × 6 × 3 cm, waga 53 gr.) wyniki zabiegu są bardzo dobre, chory swobodnie chodzi, objawów niedowładu niema, porusza prawą kończyną górną dowolnie. Zmiany czuciowe z wyjątkiem czucia bryłowatości cofnęły się prawie całkowicie. Mowa uległa poprawie. Samopoczucie chorego i stan psychiczny dobry, subjektywnych skarg brak. Badanie histologiczne guza w Zakładzie Anatomji Patologicznej wykazało zmiany typowe dla gruźliczaka.

W dyskusji zabrał głos Prof. St. Władyczko, który podkreślił stosunkową rzadkość tego rodzaju przypadków.

II. Prof. Dr. *K. Michejda* demonstruje: 1) preparat gruczołu krokowego wagi 101 gr. i kamienia pęcherzowego wagi 37 gr., usuniętych dwuaktowo u 76-letniego starca; 2) dwa kamienie usunięte w miedniczce nerkowej u 2-ch chorych; 3) kamienie żółciowe usunięte u chorej, która nigdy nie mając żółtaczki miała jednak duży kamień w przewodzie żółciowym wspólnym; kamienie żółciowe u chorej z ciężką żółtaczką, u której po wygojeniu się wystąpił pozorny nawrot bólów,

które okazały się bólami pochodzącemi z prawej nerki. Roentgenologicznie stwierdzono w tej nerce kamień.

W dyskusji Prof. Dr. Władyczko prosi o wyjaśnienie, jaki był skład chemiczny demonstrowanych kamieni. Prof. Michejda udziela wyjaśnień.

III. Doc. Dr. *Hurynowiczówna*. „Sprawozdanie ze Zjazdu neurologów niemieckich w Wiesbadenie".

W dyskusji Prof. Dr. Władyczko podkreśla, że sprawność działania systemu nerwowego jest w ścisłej zawisłości od stosunku chronaksji zależnych od siebie części tego układu, jak np. prawidłowe powstawanie odruchów, wzajemne oddziaływanie neuronów i t.p. Chronaksja wykazuje najsubtelniejsze zmiany pubudliwości żywej tkanki, ma znaczenie nie tylko jako dział neurofizjologji, ale też jako metoda rozpoznawcza dla Kliniki. Wiadomo przecie, że nieuchwytne zmiany, zachodzące w wielkości chronaksji, charakteryzują stan nerwu i mięśnia, świadcząc o procesie chorobowym w chwili, gdy klinicznie żadnych objawów jeszcze niema. Wobec tego, że chronaksja jako metoda rozpoznawcza może mieć wielkie znaczenie praktyczne, jest ona przedmiotem obrad na Kongresach neurologów, jak to było niedawno w Wiesbadenie. Wileńskie T-wo Neurologiczne uważa, że sprawa ta powinna być omówiona i na najbliższym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu, i proponuje, jako jeden z tematów programowych w Sekcji Neurologicznej tego Zjazdu, „Chronaksję, jako metodę rozpoznawczą". Jako referenci zostali zaproponowani p. Doc. J. Hurynowicz oraz Kierownik Kliniki Neurologicznej U. S. B.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.*

Posiedzenie z dnia 7 grudnia 1932 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda*. Obecnych 36 członków i 34 gości.

Otwierając posiedzenie Przewodniczący jeszcze raz przypomina, że Walne Doroczne Zebranie T-wa odbędzie się dnia 12-go grudnia o godz. 19 m. 30; w razie braku kompletu następne posiedzenie odbędzie się tegoż dnia o godz. 20-ej. Porządek dzienny i specjalne zawiadomienia będą jeszcze rozesłane wszystkim członkom T-wa.

I. Dr. *Kucharski* demonstruje preparat usuniętej nerki. Chory Ł. W., lat 19 (l. h. chor. 1918), przybył 23.III b. r. z guzem wyczuwalnym przez powłoki brzuszne w dole po stronie prawej. Zachorował nagle przed 3 tygod. przy objawach w brzuchu początkowo w dole po

stronie prawej; stopniowo jednak bóle o zmiennym charakterze były odczuwane w całym brzuchu; gazy zatrzymywały się i odchodziły okresowo. Stolce od czasu do czasu po lewatywach. Leżenie na brzuchu nie sprawiało większych dolegliwości. Największy ból w pozycji na plecach. Mocz oddawał dobrze, nieco częściej, bez bólów. Przez cały czas choroby pracował z przerwami. W chwili badania t^0 39, tętno 108. Brzuch wzdęty, przez powłoki wyczuwa się guz wielkości trzech pięści męskich od spojenia łonowego powyżej pępka i w lewo, po prawej stronie guz sięga prawie miednicy i powyżej kolca górn. kości biodrowej. Kształt guza okrągławy. Język suchy. Leukocytoza 24700. Płuca i serce normalne, wychudzony.

27.VIII t^0 38°. Po lewatywie cuchnący, obfity stolec. Kształt guza bez zmian.

7.IX t^0 38,2°. Leukocytoza 26000. Samopoczucie chorego dość dobre. Brzuch miękki, gazy odchodzą, język wilgotny, guz bez zmian.

O p e r a c j a. Uśpienie eterowe. Cięciem pararektalnem prawem otwarto warstwowo jamę brzuszną. Jelito ślepe i wyrostek wolne. Zrosty pasmowate między jelitami cienkiemi, między jelitami po bokach. Przez konglomerat jelit cienkich po stronie lewej brzucha i po odsunięciu jelita ślepego ku górze i na zewnątrz stwierdzono guz pozaotrzewnowy. Nerka prawa na miejscu, lewej nie daje się odszukać. Osłonięto jamę brzuszną chustkami, nacięto otrzewną; guz, który okazał się nerką lewą, usadowioną „konno" na kręgosłupie i przeciągniętą w prawo, biegun dolny—szerszy, gruczoły pozaotrzewnowe w postaci pakietów. W czasie oddzielania nerki od strony wewnętrznej lewej otwarto zbiornik ropy gęstej. Nephrectomia. Chustki pozostawiono, kilka szwów na skórę. Wycinek nerki posłano do Zakładu Anatomji Patologicznej U. S. B. Nerka powiększona wykazuje ognisko ropne w miąższu nerki w dolnym biegunie, dochodzące do miedniczek.

Badanie anatomo - patologiczne 8.X stwierdziło sprawę zapalną przewlekłą z udziałem ropy nieswoistej.

II. Dr. *L. Achmatowicz* demonstruje preparat usuniętego nadnerczaka wagi 1 kg. 700 gr.

III. Prof. Inż. *Lelesz* wygłosił odczyt p. t. „Racjonalne odżywianie, jako zagadnienie naukowe i społeczne".

W dyskusji zabierał głos Dr. Hanusowicz".

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.*

Sprawozdanie z działalności Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego za okres od 11.XII 1931 r. do 11.XII 1932 r.

W skład Zarządu T-wa wchodzili w roku sprawozdawczym: Prof. Dr. K, Michejda — Prezes, D-rzy: F. Świeżyński i G. Giecow — Vice-Prezesi, Prof. Dr. A. Safarewicz — Sekretarz Stały, Dr. A. Zalewski i Doc. Dr. M. Mienicki — Sekretarze doroczni, Dr. W. Bądzyński — Skarbnik, Doc. Dr. E. Czarnecki — bibljotekarz, Prof. Dr. W. Jasiński — Przewodnicz. Kom. Redakcyjnego, i Dr. H. Rudziński — Przewodnicz. Sekcji Wojewódzkiej. Komisja Rewizyjna składała się z D-rów: Zawadzkiego, Wirszubskiego i Giedgowda. Do Komitetu Redakcyjnego należeli: Redaktorowie Prof. Dr. W. Jasiński i Prof. Dr. A. Safarewicz, Redaktor Administracyjny Dr. M. Minkiewicz oraz członkowie Komitetu Dr. W. Bądzyński, Doc. Dr. E. Czarneck', Dr. Lewande, Dr. H. Rudziński, Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz, Prof. Dr. J. Szmurło, Dr. A. Wirszubski.

Na początku roku sprawozdawczego T-wo liczyło 139 członków rzeczywistych, honorowych—48 oraz członków Sekcji Wojewódzkiej—27.

W ciągu roku sprawozdawczego odbyło się 31 Posiedzeń Naukowych, 10 Posiedzeń Zarządu T-wa. Frekwencja członków na Posiedzeniach Naukowych wahała się w granicach 18—45, frekwencja gości—10—50. W okresie sprawozdawczym wygłoszono 48 odczytów i referatów naukowych, oraz uskuteczniono 38 pokazów, zgodnie z załączonemi wykazami.

W ciągu roku ubyło 18 członków, z czego rzeczywistych 15 i 3 honorowych (zmarło — 1 rzecz. i 3 honorowych).

Wstąpiło do T-wa 2 nowych członków.

Stan faktyczny T-wa na dzień 12.XII 1932 r.: a) członków honorowych 45, b) członków rzeczywistych 125, c) Sekcji Wojewódzkiej 27.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.*

Wykaz odczytów w roku sprawozdawczym:

1. Prof. Dr. K. Opoczyński—„Najnowsze poglądy na istotę raka".
2. Dr. Łuczyński—„Zmiany anatomopatologiczne śluzówki macicy a odpowiadające im pojęcia kliniczne".
3. Prof. Dr. St. Hiller—„Głód, jako zjawisko biologiczne".

4. Dr. Zarcyn—„Fizjologja i patologja wyrostka robaczkowego".

5. Dr. L. Rywkind—„Rola migdałków w ogólnej patologji ustroju w świetle najnowszych badań".

6. Dr. Malinowski—„Przypadek torbeli móżdżka".

7. Dr. L. Wasilewski—„O operacjach prehistorycznych".

8. Prof. Dr. K. Michejda—„Leczenie ropień opłucnowych".

9. Prof. Dr. K. Michejda i Prof. Dr. M. Rose — „Guz rdzenia".

10. Prof. Dr. J. Muszyński — „O nadużywaniu t. zw. specyfików leczniczych".

11. Dr. W. Krotow—„W sprawie rozpoznania zapalenia opłucnej śródpiersiowej".

12. Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz — „O grupach krwi i ich znaczeniu dla nauk lekarskich".

13. Doc. Dr. J. Hurynowiczówna—„Wpływ alkoholu na chronaksję nerwów naczynio-ruchowych".

14. Dr. A. de Rosset — „Współczesny stan leczenia choroby Basedova".

15. Dr. S. Małofiejew (Święciany)—„Z kazuistyki szpitalnej".

16. Dr. S. Małofiejew—„O niektórych objawach przy przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego ze szczególnem uwzględnieniem objawu Wołkowicza".

17. Dr. C. Zarcyn — „Rozpoznawanie zapalenia wyrostka robaczkowego".

18. Prof. Dr. M. Reicher—„Grupy krwi u Karaimów. Znaczenie badania grup krwi dla Antropologji".

19. Prof. Dr. M. Seńkowski— „Kultury bakterji ultrawidzialnych".

20. Doc. Dr. S. Bagiński—„Trzy lata szczepień przeciwgruźliczych w Wilnie".

21. Prof. Dr. J. Szmurło i Prof. Dr. W. Jasiński—„Ostre zapalenie ucha środkowego u niemowląt i małych dzieci".

22. Dr. J. Suszyńska — „Powikłania uszne u dzieci na podstawie materjału Kliniki Dziecięcej USB.".

23. Dr. J. Bohuszewicz i Dr. J. Łukaszewicz — „Leczenie dychawicy oskrzelowej promieniami Roentgena".

24. Prof. Dr. J. Trzebiński—„Przemiana materji u roślin".

25. Prof. Dr. J. Trzebiński—„Choroby roślin".

26. Dr. D. Kenigsberg — „Przypadek Naevus pigmentosus papillosus".

27. Dr. H. Rudziński —„Stan sanitarny Wojewódz. Wileńskiego".

28. Dr. N. Wołkowyski — „Statystyka zapaleń ucha środkowego u dzieci". Z Kliniki Otolaryngologicznej USB.

29. Dr. Achmatowicz—„Analiza 32 przypadków przedziurawienia wrzodu żołądka i dwunastnicy".

30. Prof. Dr. Z. Orłowski—„Leczenie emanacją radową w uzdrowiskach polskich i wskazania do tego leczenia".

31. Dr. Ryll-Nardzewski — „Przyczynek do etjologji łupieża Devergie-Besnier".

32. Dr. T. Hryniewski — „Zarazek gruźlicy, jako biologiczna całość i jego znaczenie w Klinice".

33. Dr. J. Oko — „W sprawie rozmieszczenia cukru gronowego w krwinkach i osoczu u chorych na raka".

34. Dr. Jasieńska - Sochaczewska — „Przyczynek do leczenia moczówki prostej".

35. Prof. Dr. W. Jakowicki — „Zagadnienie zapobiegania ciąży".

36. Doc. S. Bagiński—„Wpływ wyciągów ciałka żółtego na czynność jajników".

37. Doc. M. Mienicki i Dr. C. Ryll-Nardzewski — „Odczyn u łuszczycowych w związku z pyroterapją. (Studjum nad łuszczycą, jako stanem alergicznym").

38. Prof. Dr. K. Pelczar—„Rola niektórych fosfatydów w ustroju".

39. Doc. I. Abramowicz — „O niektórych objawach powiekowych przy schorzeniach mózgu i opon mózgowych".

40. Prof. Dr. M. Rose—„Fizjologja płatu czołowego mózgu i objawy kliniczne przy jego schorzeniach".

41. Dr. W. Prażmowski —„Wyniki dotychczasowe szczepień ochronnych przeciw błonicy w Wilnie".

42. Dr. R. Łuczyński—„Gruźlica ślinianki przyusznej".

43. Dr. Lewande—„Moje wrażenie z pracy nowym broncho i ezofagoskopem Hassingera". (Pokaz przyrządu i wydobytych ciał obcych).

44. Dr. Zarcyn—„Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego".

45. Doc. Dr. S. Bagiński—„Stężenie jonów wodorowych". (Istota oraz zastosowanie w biologji).

46. Dr. J. Klukowski —„Zagadnienie kwasu mlekowego w świetle badań doświadczalnych".

47. Doc. Dr. Hurynowiczówna—„Sprawozdanie ze Zjazdu neurologów niemieckich w Wiesbadenie".

48. Prof. Inż. E. Lelesz—„Racjonalne odżywianie, jako zagadnienie naukowe i społeczne".

Wykaz pokazów w roku sprawozdawczym.

1. Prof. Dr. J. Szmurło—Ciało obce wydobyte z oskrzela lewego.
2. Dr. Łukowski—Pokaz chorej z situs viscerum inversus totalis.
3. Dr. Achmatowicz—Przypadek dootrzewnowego pęknięcia pęcherza moczowego.
4. Dr. A. Kapłan—Przypadek żółtaczki hemolitycznej.
5. Dr. M. Girszowicz—Przypadek ciężkiej cukrzycy.
6. Dr. Giecow — Pokaz chorej z ropniem okołocewkowym.
7. Dr. Zarcyn — Przypadek odłamania główki kości skokowej.
8. Dr. Zarcyn — Przypadek odłamku kości skokowej.
9. Dr. Zarcyn — Przypadek odłamania u podstawy proc. coronoidei.
10. Dr. Achmatowicz—Preparat żołądka łącznie z odcinkiem poprzecznicy.
11. Dr. Achmatowicz — Preparat żołądka, usuniętego z powodu ulcus penetrans.
12. Dr. Trocki — Przypadek żołądka klepsydrowego.
13. Dr. Rucznik — Pokaz chorego z napadem jaskry po stosowaniu czopków z extr. Bellad.
14. Dr. Wajnsztejn — Pokaz chorej ze złamaniem czaszki.
15. Dr. Trzeciak — Preparat raka żołądka.
16. Dr. M. Siedlecki — Trzy przypadki ciał obcych połkniętych przez chorych.
17. Dr. Łukiewicz — Przypadek choroby Recklinghausena.
18. Prof. Dr. K. Michejda — Pokaz chorego, u którego usunięto z powodu Ca zgięcia wątrobowego prawą połowę okrężnicy wraz z częścią obwodową jelita biodrowego.
19. Dr. Dobaczewski—Pokaz chorego z nawrotowem porażeniem nerwu okoruchowego.
20. Dr. Achmatowicz — Preparat żołądka, usuniętego z powodu raka dolnego odcinka przełyku i wpustu żołądka.
21. Prof. Dr. J. Szmurło — Preparat guza usuniętego z bocznej powierzchni szyi.
22. Dr. Zarcyn — Demonstruje 2 chorych po operacji dokonanej: 1) wskutek ostr. zapal. trzustki i 2) haemangioma vesicae.
23. Dr. Lidzka i Doc. Wąsowski — Pokaz i omówienie przypadku przewlekłego surowiczego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego.

24. Dr. Zarcyn — Przypadek kamienia moczowodowego, usuniętego drogą operacji.

25. Dr. Frydman — Pokaz chorego z guzem śródpiersia.

26. Prof. Dr. K. Michejda — Demonstracja chorego operowanego przed 6 mies. z powodu Ca flexurae hepat.

27. Dr. Zarcyn i Dr. Cholem — Przypadek zatrzymania moczu u 16-letniej dziewczyny w związku ze spina bifida occulta.

28. Dr. Zarcyn i Dr. Cholem — Przypadek guza nerek u kobiety lat 42.

29. Dr. Mahrburg—Demonstracja szeregu preparatów muzealnych anatomicznych, wykonanych w/g własnego pomysłu.

30. Dr. Malinowski — Pokaz chorego z wrodzoną myotonją.

31. Dr. Giecow — Demonstracja preparatu.

32. Dr. Zarcyn — Pokaz chorej po operacji woreczka żółciowego.

33. Dr. Achmatowicz — Przypadek niecałkowitego pęknięcia pęcherza moczowego.

34. Dr. Ryll-Nardzewski — Przypadek acne necrotica miliaris.

35. Dr. Fedosewicz — Pokaz chorej z naevus vasc wz. angiokeratomą.

36. Prof. Dr. K. Michejda — a) Preparat gruczołu krokowego i kamienia pęcherzowego, b) Dwa kamienie z miedniczki nerkowej, c) Kamienie żółciowe.

37. Dr. Kucharski — Pokaz preparatu usuniętej nerki.

38. Dr. Achmatowicz — Preparat usuniętego nadnerczaka.



SPRAWOZDANIE KASOWE
Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
z roku 1931/32.

		SUMA Zł.	gr.
Przychód:			
1) Składki członkowskie		2671	—
2) Odsetki od funduszów T-wa		398	60
3) Opłata za wynajęcie lokalu T-wa		65	—
4) Prenumerata „Pamiętnika W. T. L."		195	—
5) Zwrot kosztów druku „Pamiętnika W. T. L."		2809	—
6) Subsydja na wydawnictwo „Pamiętnika W. T. L." od:			
a) Lidzkiego T-wa Lekarskiego	zł. 100		
b) Wydziału Lekarskiego U. S. B.	„ 1000		
c) Prezydjum Rady Ministrów z funduszów Kultury Narodowej	„ 1000		
d) Wileńsko-Nowogr. Izby Lekarskiej	„ 500	2600	—
7) Subsydjum M. W. R. i O. P. na uporządkowanie Bibljoteki T-wa		1000	—
8) Stypendjum z zapisu d-ra Lachowicza, (wypłacane przez Wileńskie T-wo Dobroczynności po 200 zł. miesięcznie)		2400	—
Razem		12138	60

Rozchód:	SUMA Zł.	gr.
1) Niedobór z roku ubiegłego	815	90
2) Koszty związane z utrzymaniem lokalu:		
a) Światło (rachunki Magistratu i żarówki) . . . . zł. 167,10		
b) Opał (10 m.³ brzozy z porąbaniem) „ 125		
c) Pensja dozorcy domu (20 zł. miesięcznie) . . . . „ 240	532	10
3) Wydatki kancelaryjne, druki, poczta	325	—
4) Wydatki reprezentacyjne (udział w obchodach i zjazdach)	39	35
5) Koszty wydawnictwa i rozsyłanie „Pamiętnika W. T. L."	5326	—
6) Dopłata do epidjaskopu nabytego dla Wil. T-wa Lek.	1421	25
7) Nabycie listów zastawnych Wileńskiego Banku ziemskiego na 1120 zł.	324	80
8) Stypendjum z zapisu d-ra Lachowicza, wypłacane 2 studentom medykom U. S. B. (po 100 zł. miesięcznie każdemu) do dn. 1.I 1933 r.	2400	—
Razem . . .	11184	40
Saldo na dzień 12.XII 1932 r. w przychodzie .	954	20

Wykaz walorów:

1) 4½% listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemsk. na 10.000 złotych
2) Kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjsk. na 14.900 rubli.

Dr. *Wacław Bądzyński*
Skarbnik.

PRELIMINARZ BUDŻETOWY
Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
za rok 1932/33.

Wpływy:

1)	Składki od członków Wileńskiego T-wa Lekarskiego (100 × 24)	zł.	2400
2)	Składki od członków Sekcji Wojewódzkiej T-wa (25 × 18)	„	450
3)	Odsetki od funduszów T-wa (4½% od 10.000 zł.) . .	„	450
4)	Prenumerata „Pamiętnika Wil. T-wa Lekarskiego" . .	„	200
5)	Subwencje	„	5500
	Razem .	zł.	9000

Wydatki:

1)	Koszty utrzymania lokalu (światło, opał, służba, remont)	zł.	1000
2)	Kancelarja, druki, poczta, reprezentacja	„	500
3)	Uporządkowanie Bibljoteki T-wa	„	1000
4)	Wydawnictwo „Pamiętnika Wil. T-wa Lekarskiego" .	„	6000
5)	Nieprzewidziane	„	500
	Razem .	zł.	9000

Dr. *Wacław Bądzyński*
Skarbnik.

Protokół
Komisji Rewizyjnej Wil. T-wa Lekarskiego.

Dnia 10 grudnia 1932 roku Komisja Rewizyjna w składzie d-rów: Walerego Giedgowda, Abrahama Wirszubskiego i Zygmunta Zawadzkiego dokonała rewizji księgi kasowej oraz sum pieniężnych i papierów wartościowych, stanowiących własność Wileńskiego T-wa Lekarskiego i stwierdza niniejszem, iż rachunkowość jest prowadzona prawidłowo, zapisy w księdze oparte są na formalnych dowodach, a saldo na dzień 10-go grudnia r. b. jest wyprowadzone prawidłowo na sumę ogólną 954 zł. 20 gr. (słownie dziewięćset pięćdziesiąt cztery złoty 20 groszy) i że pieniądze te, przeznaczone na uporządkowanie Bibljoteki T-wa, rzeczywiście są u skarbnika. Poza tem na przechowaniu u skarbnika T-wa są: 1) listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemskiego na 10,000 złotych i 2) kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjskiego na 14,900 rubli, zarejestrowane w „Związku Obrony Mienia Polskiego w Rosji".

Komisja Rewizyjna również stwierdza, że zaległości z tytułu nieopłaconych składek członkowskich stale rosną, sięgając w chwili obecnej 2,930 zł. oraz, że z ogólnej liczby 125 członków rzeczywistych wpłacają składki zaledwie 82-ch, t. j. 65 o/o, reszta zaś, czyli 35 % zalega z opłatą składek w ciągu 1 do 4 lat; pomimo to wielu z nich uczęszcza na posiedzenie naukowe T-wa i otrzymuje „Pamiętnik Wil. T-wa Lekarsk.". Na podstawie powyższego Komisja Rewizyjna zgłasza wnioski: 1) skreślić z listy członków T-wa zalegających z opłatą składek powyżej dwu lat i 2) ograniczyć wstęp gości-lekarzy na naukowe posiedzenie T-wa do 3-ch razy rocznie. *Dr. W. Giedgowd.*

Dr. A. Wirszubski.

Dr. Z. Zawadzki.

Sprawozdanie Bibljotekarza za rok 1932.

W roku sprawozdawczym W. T. L. nie porządkowało swych zbiorów z braku funduszów. Dopiero od połowy bież. grudnia po nadesłaniu przez Min. Wyzn. Relig. i Ośw. Publ. subwencji w wysokości 1000 zł. zostanie zorganizowana praca katalogowania. W ciągu roku do Bibljoteki przekazywane były przez W-wo „Pamiętnika W. T. L." egzemplarze zamienne czasopism lekarskich i przyrodniczych — 32 polskie i 6 w językach obcych. Bibljotekarz *E. Czarnecki.*

Sprawozdanie Komitetu Redakcyjnego Pamiętnika W.T.L. za rok 1932.

W roku sprawozdawczym, t. j. od 12.XII 1931 r. do 12.XII 1932 r. wydano 6 zeszytów Pamiętnika, mianowicie: szósty zeszyt z roku 1931 i pięć zeszytów z roku 1932. Nakład wynosił 500 egzemplarzy. Na treść złożyło się: 2 wspomnienia pośmiertne z reprodukcjami fotografij zmarłych, 14 prac oryginalnych i 2 streszczenia zbiorowe, z czego na Zakłady i Kliniki Uniw. Wil. przypada pozycyj 10; poza tem: 1 ocena, protokóły i sprawozdanie W. T. L., sprawozdania Sekcji Wojewódz. W.T.L., Wil. Oddz. Pol. Tow. Pedjatrycznego, Wydz. Lek. Uniw. Wil., Wil.-Nowogr. Izby Lek., Stow. Lek. Polaków i Koła Medyków U.Wil., wreszcie komunikaty i kronika. Stanowi to razem przeszło 28 arkuszów druku. Jako egzemplarze .wymienne otrzymano 32 czasopisma lekarskie polskie i 6 w językach obcych.

Koszty wydawnictwa wraz z ekspedycją wynosiły 5,326 złotych, z prenumeraty wpłynęło 195 zł., zwrot kosztów druku 2,809 zł. Oprócz tego Ministerstwo Wyz. Rel. i Ośw. Publ. nadesłało zasiłek w wyso-

kości 1,000 zł., Wydz. Lek. Uniw. Wileńskiego wpłacił zasiłek w wysokości 1,000 zł., Wil.-Now. Izba Lek.—500 zł. i Lidzkie Tow. Lek.—100 zł. W porównaniu z r. 1931 koszty wydawnictwa zmniejszyły się o 2,273.

Komitet Redakcyjny stanowili: Prof. Dr. W. Jasiński, Dr. M. Minkiewicz, Prof. Dr. A. Safarewicz, jako redaktorowie i Dr. W. Bądzyński, Doc. Dr. E. Czarnecki, Dr. H. Rudziński, Dr. S. Lewande, Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz, Prof. Dr. J. Szmurło i Dr. A. Wirszubski.

Sprawozdanie Sekcji Wojewódzkiej Wileńskiego T-wa Lekarskiego w roku 1932.

Sekcja liczyła 27 członków i składała się z miejscowych pięciu kół naukowych w Wilejce, Oszmianie, Głębokiem, Postawach i Brasławiu; praca kół ograniczyła się do jednorazowych zebrań organizacyjno-naukowych z porządkiem dziennym wyboru władz i dyskusji na tematy fachowo-lekarskie. W dniu 20-go marca 1932 roku odbył się w Wilnie II-gi Zjazd członków Sekcji Wojewódzkiej. W Zjeździe przyjęło udział 30 lekarzy z różnych terenów Województwa. Na Zjeździe były podane sprawozdania z działalności poszczególnych kół naukowych, wybrano Władzę Sekcji w składzie z roku poprzedniego.

Następnie zostały wygłoszone 2 referaty: 1) Dr. Henryk Rudziński: „Stan sanitarny Województwa Wileńskiego“. 2) Dr. Andrzej Wierciński: „Epidemjologja duru plamistego“, referaty wywołały żywą dyskusję na poruszone tematy. Po zakończeniu obrad uczęstnicy Zjazdu zwiedzili Miejski Ośrodek Zdrowia przy ul. Wielkiej 46, gdzie Dr. Wasilewski zaznajomił obecnych z urządzeniem i organizacją pracy Ośrodka.

Przewodniczący Sekcji Dr. *H. Rudziński.*

Regulamin

przyjęty przez Walne Zebranie Doroczne Wileńskiego T-wa Lekarskiego 12-go grudnia 1932 roku.

1. **Posiedzenia naukowe** odbywają się we środy 2 razy na miesiąc z wyjątkiem okresu feryj letnich i świąt B. N. i W. N. Posiedzenia rozpoczynają się punktualnie o godz. 20-ej m. 15 i kończą się najpóźniej o godz. 23. Zarząd W. T. L. może w razie potrzeby urządzać posiedzenia 3 i 4 razy na miesiąc, przyczem w przypadkach wyjątkowych, zwłaszcza w przypadkach posiedzeń wspólnych z towarzystwami innemi, Zarządowi W. T. L. przysługuje prawo zmiany dnia i godziny posiedzeń tych; jeżeli są to posiedzenia czysto lekarskie, przewodniczy Prezes W. T. L. lub jego zastępca nawet wtedy, kiedy, posiedzenie odbywa się poza lokalem W. T. L., np. w klinikach, szpitalach i t. p. Osoby nie będące członkami W. T. L., mogą brać udział w posiedzeniach naukowych w charakterze gości z rekomendacji członka W. T. L. za uprzedniem zezwoleniem Prezesa lub jego zastępcy. Studenci 4-go i 5-go roku Wydziału Lekarskiego mają prawo wstępu na posiedzenia naukowe za okazaniem index'u.

2. **Odczyty** powinny być zgłaszane zawczasu Prezesowi W.T.L., który w porozumieniu z Zarządem ustala datę, kolejność i czas trwania odczytu. Czasu tego prelegent przekroczyć nie może. W poszczególnych przypadkach Przewodniczący ma prawo zezwolić na przekroczenie przez prelegenta czasu trwania odczytu, pod warunkiem, iż z tego powodu inne odczyty nie spadną z porządku dnia.

3. **Pokazy** chorych i wogóle pokazy wszelkiego rodzaju, jak to preparatów, przyrządów i t. p. można zgłaszać Przewodniczącemu nawet przed samem rozpoczęciem posiedzenia, przyczem pokazy chorych z reguły odbywają się przed odczytami, pokazy zaś inne — w/g uznania Przewodniczącego. Jeżeli z pokazami łączą się odczyty, to pokazy mogą odbywać się na początku posiedzenia, odczyty zaś z niemi związane — w/g kolejności, ustalonej przez Zarząd i oznaczonej w porządku dziennym. W wyjątkowych przypadkach Przewodniczący może w porozumieniu z prelegentami zmienić kolejność odczytów, o czem podaje dc wiadomości podczas posiedzenia. Podczas pokazu demonstrujący ogranicza się do treściwego podania osobliwości objektu demonstrowanego i do udzielania odpowiedzi i objaśnień na pytania i uwagi. Przewodniczącemu przysługuje prawo uznania, czy objaśnienia demonstrującego mają charakter odczytu, czy też nie; w związku z tem

Przewodniczący może czynić zastrzeżenia, obowiązujące demonstrującego; takież samo prawo przysługuje Przewodniczącemu w stosunku do zabierających głos z powodu pokazu.

4. **W dyskusji** nad odczytem każdy ma prawo do zabierania głosu raz jeden w ciągu 10 min. Przedłużenie tego czasu, jak też udzielenie głosu po raz wtóry, zależy od uznania Przewodniczącego. W razie przedłużania się dyskusji Przewodniczący może odłożyć jej zakończenie do posiedzenia następnego, przyczem punkt o niezakończonej dyskusji umieszcza się w porządku dziennym tego posiedzenia przed odczytami.

5. **Doroczne walne zebranie** odbywa się 12-go grudnia, jako w dniu rocznicy założenia W. T. L. (12.XII 1805 r.); jeżeli dzień ten przypada w niedzielę, to zebranie doroczne wyznacza się na 11 grudnia. 1-szy termin zebrania — godz. 19 m. 30, 2-gi zaś — godz. 20.

Walne doroczne zebranie składa się z 3 części: posiedzenie uroczyste, część sprawozdawcza i wybory władz. Otwiera posiedzenie Prezes W. T. L., podkreślając uroczysty charakter zebrania i podając w ogólnym zarysie działalność W. T. L. w ubiegłym roku, poczem Sekretarz stały w krótkiem przemówieniu zaznajamia zebranie z jednym z fragmentów dziejów. W. T. L. i w zakończeniu nawołuje zebranych do uczczenia pamięci założycieli Towarzystwa. Następnie Prezes albo którykolwiek z członków W. T. L., uproszony przez Zarząd, wygłasza odczyt. Dyskusji niema. Po odczycie Prezes zapowiada część sprawozdawczą posiedzenia i proponuje przewodniczącego, który prowadzi dalszy ciąg zebrania aż do końca.

Sprawozdanie rozpoczyna się od zatwierdzenia protokółu ostatniego dorocznego zebrania, poczem Sekretarz doroczny odczytuje sprawozdanie szczegółowe o działalności Wil. Tow. Lek. w ciągu ubiegłego roku; dalej następuje sprawozdanie Komitetu Redakcyjnego Pamiętnika, sprawozdanie Bibljotekarza i Skarbnika i wreszcie protokół Komisji Rewizyjnej. Przewodniczący otwiera dyskusję nad sprawozdaniami i wnioskami ustępującego Zarządu oraz Komisji Rewizyjnej, poczem zebranie uchwala preliminarz budżetowy.

Przed początkiem 3-iej części zebrania Przewodniczący ogłasza, że w tej części zebrania mogą brać udział tylko członkowie Towarzystwa i zarządza wybory na miejsce ustępujących członków Zarządu zapomocą głosowania kartkami. Po obliczeniu głosów Przewodniczący ogłasza wyniki i zamyka zebranie.

6. **Prezes** W. T. L. strzeże powagi i autorytetu naukowego W. T. L., przewodniczy na wszystkich posiedzeniach z zastrzeżeniem

§ 15 Statutu i jest reprezentantem W. T. L. nazewnątrz. Do niego należy ogólne kierownictwo sprawami Tow., posiada on prawo zawieszania uchwał Zarządu do chwili rozstrzygnięcia sprawy przez Walne Zebranie Nadzwyczajne, które zostaje zwołane w ciągu najdalej 3 tygodni i w którem uczestniczyć mogą jedynie członkowie Tow. W sprawach niecierpiących zwłoki Prezes może decydować sam lub w porozumieniu z Sekretarzem stałym i o tego rodzaju decyzjach powiadamia Zarząd na najbliższem posiedzeniu. Równoznacznemi zastępcami Prezesa są dwaj Wice-Prezesi. W razie choroby lub przewidywanej nieobecności Prezes czynności swe przekazuje jednemu z Wice-Prezesów w/g swego uznania; na posiedzeniach zaś innych przewodniczą Wice-Prezesi pokolei. Jeżeli Prezes z jakiegokolwiek powodu nie przekazał swych czynności jednemu z Wice-Prezesów, czynności te z wyjątkiem przewodniczenia na posiedzeniach obejmuje Wice-Prezes starszy wiekiem. W razie nieobecności Prezesa i obu Wice-Prezesów czynności Prezesa sprawuje czasowo Sekretarz stały, na posiedzeniach zaś naukowych ogólne zebranie wybiera za każdym razem przewodniczącego.

7. **Sekretarz stały** ma obowiązek: stania na straży tradycyj W. T. L., przedstawiania w porozumieniu z Bibljotekarzem odpowiednich wniosków na posiedzeniach Zarządu o zabezpieczeniu zabytków i zbiorów W. T. L., odwoływania się do walnego zebrania nadzwyczajnego w razie, jeżeli zdaniem jego uchwała Zarządu jest sprzeczna z tradycjami W. T. L., lub może wpłynąć ujemnie na stan bezpieczeństwa i na całość zbiorów Tow. W razie takiego odwołania się, złożonego na pismie Prezesowi lub zastępującemu go Wice-Prezesowi w ciągu 3 dni po uchwale, uchwała ta pozostaje bez wykonania do chwili rozstrzygnięcia sprawy przez walne zebranie nadzwyczajne. Do obowiązków Sekretarza stałego należy również zaznajamianie członków Wil. T. L. z dziejami Tow. i w tym celu Sekretarz stały na każdem dorocznem posiedzeniu w jego części uroczystej wygłasza odnośny referat, przyczem ma obowiązek pamiętania, aby na owem zebraniu była uczczona pamięć założycieli W. T. L. Sekretarz stały z urzędu wchodzi jako jeden z redaktorów Pam. Wil. Tow. Lek., dba o należyte prowadzenie Księgi Złotej, przechowuje okrągłą pieczęć Tow., co roku na posiedzeniu Zarządu przedstawia wniosek w sprawie wyboru kandydatów na stypendja, pozostające w dyspozycji W. T. L., a na najbliższem ogólnem zebraniu przedstawia do zatwierdzenia odnośną uchwałę Zarządu. Podczas nieobecności lub choroby Sekretarza stałego czynności jego sprawuje Prezes Wil. Tow. Lek.

8. **Skarbnik** W. T. L. poza zwykłemi czynnościami skarbnika przedstawia Zarządowi wnioski w sprawach, dotyczących składek ulgo-

wych, rozterminowania zaległości składkowych, umorzenia tych zaległości lub skreślenia z liczby członków tych, co zgodnie ze statutem powinni być skreśleni. Jeżeli zdaniem Skarbnika uchwała Zarządu w sprawach wydatkowania sum zagraża przekroczeniem kredytów, preliminowanych w budżecie uchwalonym przez walne zebranie, ma on obowiązek zgłosić Prezesowi lub zastępującemu go Wice-Prezesowi odwołanie się do nadzwyczajnego walnego zebrania. Skarbnik ma pieczę nad wszystkiemi sprawami gospodarczo-finansowemi i przedstawia odpowiednie wnioski na posiedzeniach Zarządu.

9. **Bibljotekarz** W. T. L. zarządza sprawami, dotyczącemi przyjmowania, przechowywania i wydawania książek i czasopism Tow., przedstawia wnioski na posiedzeniach Zarządu co do lepszego urządzenia bibljoteki, nabywania książek, prenumeraty czasopism, zamiany dubletów i t. p.; wspólnie z Sekretarzem stałym ma pieczę nad przechowywaniem zbiorów Tow. i ich inwentaryzowaniem.

10. **Sekretarze doroczni** poza zwykłemi czynnościami sekretarskiemi przechowują oryginały protokółów posiedzeń Zarządu i zebrań ogólnych w ciągu roku; odpisy protokółów posiedzeń ogólnych otrzymuje Sekratarz stały celem umieszczenia treści protokółów tych w Pamiętniku; oryginały zaś protokółów po skończonym roku Sekretarze doroczni przekazują Bibljotekarzowi celem umieszczenia w Archiwum. Podziału pracy pomiędzy Sekretarzami dorocznymi dokonywa Prezes W. T. L.

11. **Posiedzenia Zarządu** odbywają się w miarę potrzeby i nierzadziej niż raz na miesiąc z wyjątkiem okresu feryj letnich i św. B. N. i W. N; zwołuje posiedzenie Prezes lub jego zastępca. Na posiedzeniach ustala się datę, miejsce i porządek dzienny posiedzeń naukowych i innych, rozstrzyga się sprawy bieżące, opracowuje się wnioski na ogólne zebrania. Posiedzenia Zarządu są prawomocne w obecności Prezesa lub jego zastępcy i conajmniej 3-ch członków Zarządu W. T. L. Uchwały zapadają absolutną większością głosów, w razie równego ich podziału decyduje głos przewodniczącego. W sprawach wydawnictwa Pamiętnika W. T. L. konieczny jest udział w posiedzeniu Zarządu jednego z redaktorów oprócz Sekretarza Stałego; na zebranie to otrzymują zaproszenie wszyscy członkowie Wydziału Komitetu Redakcyjnego z głosem doradczym w danej sprawie.

12. **Walne zebrania nadzwyczajne** zwołuje Prezes lub zastępujący go Wice-Prezes dla rozstrzygania spraw administracyjno-gospodarczych i wszelkich innych, których Zarząd W. T. L. z jakiegokolwiek powodu nie mógł rozstrzygnąć. Biorą w nich udział tylko

członkowie W. T. L. i jedynie na mocy specjalnej uchwały Zarządu mogą być zaproszone imiennie osoby inne, których udział zostanie uznany za pożądany. Datę i czas posiedzenia ustala Zarząd na wniosek Prezesa lub zastępującego go Wice-Prezesa. W ogłoszeniu powinien być podany 1-szy i 2-gi termin posiedzenia, przyczem w 2-im terminie zebranie będzie uważane za prawomocne bez względu na liczbę obecnych członków. Przewodniczącym walnego zebrania nadzwyczajnego jest Prezes W. T. L. lub zastępujący jego Wice-Prezes z zastrzeżeniem § 15 Statutu. Uchwały zapadają w głosowaniu jawnem zwykłą większością głosów z zastrzeżeniem § 15 Statutu. W razie zgłoszenia chociażby przez jednego z członków Tow. konieczności głosowania zapomocą kartek, jawnego głosowania być nie może. Protokół tego zebrania musi być odczytany na tem samem zebraniu, przyjęty i podpisany przez przewodniczącego oraz sekretarza a z pośród obecnych przez tych, którzy wyraża swe życzenie złożenia podpisów.

Protokół tego zebrania nie będzie odczytywany na posiedzeniach innych, z wyjątkiem nadzwyczajnych walnych zebrań, mających swym celem rozstrzyganie tych samych spraw, albo też spraw innych im pokrewnych. W tych przypadkach o odczytaniu protokółu decyduje za każdym razem walne zebranie nadzwyczajne.

Komunikat.

Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego na posiedzeniu swem z dnia 29-go listopada 1932 roku przyznała nagrody za prace konkursowe następującym pp. asystentom:

D-rowi Janowi Kruszyńskiemu, starszemu asystentowi zakł. histologji, przyznano pierwszą nagrodę za pracę p. t. „Rozwój, cytologja i histochemja płaszcza chrzęstnego oka sepji".

D-rowi Adamowi Łapińskiemu, starszemu asystentowi zakł. Bakterjologji, przyznano drugą nagrodę, za pracę p. t. „O bakterjofagach i dysocjacji laseczek twardzieli nosa".

D-rowi Janowi Zienkiewiczowi, starszemu asystentowi kliniki pedjatrycznej przyznano drugą nagrodę za pracę p. t. „Badania nad zawartością cholesteryny w surowicy krwi dzieci".

D-rowi Romualdowi Łuczyńskiemu, młodszemu asystentowi kliniki położniczo-ginekologicznej, przyznano trzecią nagrodę, za pracę p. t. „Czas występowania i typ miesiączkowania u kobiet Wileńszczyzny na podstawie materjału kliniki położniczo-ginekologicznej.

Sprawozdanie z działalności
KOŁA MEDYKÓW
Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie
za rok akadem. 1931/32.

Członkowie honorowi: Prof. Dr. Stanisław Władyczko i ś. p. Antoni Monkiewicz (1-szy Prezes Koła).

Członkowie wspierający Koła: 1. Prof. Dr. Marjan Eiger, 2. Prof. Dr. Stanisław Hiller, 3. Prof. Dr. Władysław Jakowicki, 4. Prof. Dr. Aleksander Januszkiewicz, 5. Prof. Dr. Wacław Jasiński, 6. Prof. Dr. Kornel Michejda, 7. Prof. Mg. Jan Muszyński, 8. Prof. Dr. Michał Reicher, 9. Prof. Dr. Sergjusz Schilling-Siengalewicz, 10. Prof. Dr. Jan Szmurło, 11. Prof. Dr. Jan Wilczyński, 12. Doc. Dr. A. Falkowski, 13. Dr Jan Klukowski, 14. Dr. Stanisław Januszkiewicz, 15. Dr. Władysław Gogol-Gogolewski.

Władze Towarzystwa: Kurator: Prof. Dr. Stan. Władyczko.

Zarząd: Prezes—Edmund Kuncewicz, 1-szy Vice-Prezes i p. o. Prezes Bronisław Jodkowski, 2-gi Vice-Prezes Piotr Czeladzin. Członkowie Zarządu: Sekretarz 1-szy Natalja Zaleska, sekretarz 2-gi Wacław Wągrowski, Skarbnik Bohdan Szymborski, Kierownik Sekcji Pomocy Naukowych Irena Sznee, Kierownik Sekcji Wydawniczej Władysław Mikłaszewicz, Kierownik Sklepu Gustaw Markiewicz, Kierownik Sekcji Towarzyskiej Stanisław Chylicki, Kierownik Sekcji Naukowo-społecznej Wacław Wągrowski, Kierownik Sekcji Pomocy Materjaluej Józef Hamerla, Kierownik Sekcji Pośrednictwa Pracy Jerzy Gołoński, Zastępca Kierownika Sekcji Pośrednictwa Pracy Jan Zagórski, Zastępca Kierownika Sklepu Wanda Jaruzelska.

Komisja Rewizyjna: Przewodniczący Leonard Stecki. Członkowie: Zygmunt Uszyński, Zygmunt Kanigowski, Henryk Lewandowski Stańczuk.

Sprawozdanie Zarządu.

W niezwykle trudnych warunkach minął rok sprawozdawczy 1931/32. Już spokojny bieg obrad poprzedniego Walnego Zgromadzenia został zakłócony wieściami o zajściach, wynikłych między studentami chrześcijanami a żydami.

Zarząd rozumiał, iż wynikłe zamieszki nie przyniosą pożytku i nie uczynił nic, co mogłoby przyczynić się do wzmożenia akcji nielegalnej;

przeciwnie wysiłki szły w kierunku zamienienia wszelkich, wystąpień ulicznych na wiece legalne.

Na skutek uchwały Walnego Zgromadzenia, która zobowiązywała do zwołania wiecu w sprawie numerus clausus, zaraz po przejęciu władzy zostały rozpoczęte starania o zwołanie wiecu ogólnoakademickiego, na którym młodzież akademicka miałaby możność skrystalizowania i oficjalnego wypowiedzenia swych postulatów.

Dążenie nasze uważaliśmy za uzasadnione jeszcze i z tego względu, że żadna z organizacyj akademickich nie podjęła się podobnej akcji. Zarząd więc wysłał delegację do J. M. Rektora z prośbą o pozwolenie na wiec. Jego Magnificencja oświadczył, iż zanim pozwoli na odbycie się wiecu, Koło Medyków powinno uzyskać zgodę innych organizacyj akademickich na to oraz przedstawić memorjał, który miałby być przedłożony wiecowi. Zarząd więc wysłał zaproszenie do wszystkich bez wyjątku organizacyj akademickich, by przysłały swych przedstawicieli na konferencję porozumiewawczą, która miała się odbyć w Kole Medyków. Jednak z powodu zamknięcia dostępu do lokalu Koła przez policję, przeniesiono konferencję do lokalu Towarzystwa Farmaceutycznego „Lechja".

Należy stwierdzić, że dalszy bieg konferencji uległ zmianom i tekst memorjału nie został opracowany. Następnie, gdy na życzenie J. M. Rektora konferencje odbywały się w Bratniej Pomocy, delegat Zarządu Koła Medyków brał w nich udział. Wtedy to większość organizacyj przyjęła memorjał, który został przedłożony Jego Magnificencji. Treść memorjału była później przedrukowana w odezwie, za którą Zarząd został wraz z innemi zawieszony.

Wszystkie te sprawy i zakłócenie biegu pracy w Uniwersytecie odbiły się ujemnie na całokształcie spraw Koła.

Od chwili Walnego Zebrania aż do wznowienia wykładów (t. j. do końca listopada) normalne urzędowanie odbywać się w Kole nie mogło, już to wskutek tego, że dostęp do lokalu był zamknięty przes policję, już to naskutek nieobecności znacznej części kolegów w Wilnie.

Dnia 19.XII 1931 r. Zarząd otrzymał pismo J. M. Rektora, które zawiadamiało, że Senat Akademicki zawiesił cały Zarząd Koła Medyków w czynnościach.

Tak więc po kilkunastudniowej normalnej pracy w Kole, gdy zaledwie zdążyliśmy wejść w tok normalnych swych zajęć organizacyjnych — musieliśmy znowu je przerwać.

Niedługo potem nadeszło pismo od Pana Kuratora Koła Prof.

Dr. Stanisława Władyczki, mianujące Tymczasowy Zarząd w składzie następującym:

Kol. Lewandowski Henryk — przdwodniczący, członkowie: Kol. Kol. Richter, Sztachelski, Markiewicz i Olejniczak.

Na propozycję Kol. Lewandowskiego zgodziliśmy się współpracować z tym Zarządem, zdając sobie sprawę z tego, że będziemy tylko współpracownikami, nie zaś odpowiedzialnymi członkami.

W tej roli minął nam czas aż do wiosennego trymestru, w którym ostatecznie doczekaliśmy się powrotu zwykłego biegu życia w Kole i możności normalnego prowadzenia prac.

Dnia 1 kwietnia 1932 r. wpłynęło do Sekretarjatu Koła pismo J. M. Rektora z dn. 22 marca 32 r. mocą którego Zarząd został przywrócony do władzy.

Prace Zarządu odbywały się pod kierownictwem Prezesa Kol. Kuncewicza Edmunda aż do końca ubiegłego roku akadem., to znaczy przez cały trymestr wiosenny.

Po wakacjach Kol. Kuncewicz został powołany do wojska. Ponieważ według statutu wkrótce musiało odbyć się Zwyczajne Walne Zebranie, obowiązki nieobecnego prezesa pełnił Vice-Prezes Ogólny Kol. Bronisław Jodkowski, mając na to upoważnienie Pana Kuratora oraz Zarządu Koła.

Wszelkie wysiłki Zarządu zostały skierowane ku rozwinięciu i postawieniu możliwie na najwyższym poziomie pracy samopomocowej, oraz zwalczaniu trudności materjalnych.

W tym celu Zarząd zwrócił się do Jego Magnificencji Rektora z prośbą o udzielenie zasiłku z odpowiednich sum, na pomoce naukowe i otrzymał obietnicę uzyskania zasiłku, skoro tylko odnośne sumy wpłyną na ręce Jego Magnificencji.

Przyszły więc Zarząd będzie mógł skorzystać z naszych zabiegów. Poza tem Koło otrzymało dar od Pana Kuratora Prof. Dr. Stanisława Władyczki w kwocie 40 zł.

Rozumiejąc, iż w obecnych czasach szczególnie dużo jest kolegów niezamożnych, którym należy iść z pomocą, Zarząd zwrócił największą uwagę na dział samopomocowy i pomocy naukowych.

Została znacznie powiększona bibljoteka (o 277 tomów). Z tego część, w ilości 34 tomów uzyskano jako dary od kolegów.

Na skutek odpowiedniego postawienia bibljoteki i sprężystego jej funkcjonowania frekwencja korzystających z niej była wysoka. Prócz książek były wypożyczane płaszcze, a także mikroskopy i preparaty

histologiczne, histopatologiczne i bakterjologiczne, do Czytelni sprowadzano czasopisma lekarskie.

Dla pogłębienia wiedzy lekarskiej Sekcja Naukowo - Społeczna, urządzała odczyty, wygłaszane przez kolegów, jeden odczyt został wygłoszony przez P. Prof. Dr. Kornela Michejdę.

Tematy odczytów były natury lekarskiej i ogólnej.

Z największemi trudnościami musiała walczyć Sekcja Pośrednictwa Pracy. Bolesnym bowiem ciosem było dla Koła odebranie praktyk wakacyjnych, które poprzednio obsadzało Koło. Tem dotkliwiej odczuwał to Zarząd Koła, gdyż wiadomość przyszła dość późno i to wtedy, gdy starania o wszystkie prawie miejsca dobiegały już pomyślnego końca.

Chcąc chociaż częściowo wyrównać straty starano się uczynić bardziej produkcyjnemi inne Sekcje.

Zarząd dbał o jaknajwiększe ożywienie pracy w Sklepie Koła, w którym Koleżanki i Koledzy mieli możność załatwiania odpowiednich tranzakcyj na najdogodniejszych warunkach, przelane również z Kasy Koła 100 zł. na obrót w Sekcji Pomocy Materjalnej, powiększając w ten sposób kapitał pożyczkowy do 800 zł.

Jeśli chodzi o wydawnictwa to w bieżącej kadencji była wydawana IV część podręcznika Otolaryngologji Prof. Szmurły. 10 arkuszy tej książki wyszło już z druku, reszta jest na ukończeniu. Koło pokrywało koszty związane z tem wydawnictmem własnemi siłami.

Prócz tego wydano wspólnie z Towarzystwem Farmaceutycznem „Lechja" Informator o studjach Lekarskich na Uniwersytecie Stefana Batorego, pokrywając koszta wydawnictwa w równych częściach.

Celem podtrzymania życia towarzyskiego i dla zbliżenia Koleżanek i Kolegów młodszych ze starszemi została urządzona w dniu 25 października 1932 r. staraniem Zarządu Koła herbatka zapoznawcza Medyków. Frekwencja na herbatce dopisała znacznie lepiej niż w roku poprzednim.

Stosunki Koła z innemi organizacjami były te same co i lat ubiegłych. Utrzymywano w dalszym ciągu scisły kontakt z Ogólno polskim Związkiem Akademickich Towarzystw Medycznych.

Kończąc nasze sprawozdanie składamy najserdeczniejsze podziękowania: Jego Magnificencji Rektorowi Prof. Dr. Kazimierzowi Opoczyńskiemu, Panu Kuratorowi Koła Prof. Dr. Stanisławowi Władyczce, z którym stale pozostawaliśmy w kontakcie doznając od Niego pomocy tak moralnej, jak i materjalnej, Panu Prof. Dr. Kornelowi Michejdzie za życzliwy stosunek i zrozumienie potrzeb Koła. Dziękujemy także Koleżankom i Kolegom tym, którzy okazali nam pomoc w pracy.

Działalność Sekretarjatu.

Sekretarjat I. Kierownik Kol. Szkiłłądziówna Bronisława od 10.X. 31 r. do 13.I. 32 r.; Kol. Zaleska Natalja od 13.I. 32 r.—4.X. 32 r.

Sekretarjat pierwszy prowadził kancelarję główną Koła, protokóły zebrań Zarządu oraz opiekował się archiwum.

W okresie sprawozdawczym wysłano pism 236, otrzymano 131. Zebrań Zarządu odbyło się 17, z tego zwyczajnych 16, nadzwyczajnych 1. Obecność członków na posiedzeniach Zarządu odpowiadała przeciętnie 10 na ogólną liczbę 13.

Sekretarjat II. Kierownik Kol. Wacław Wągrowski, Sekretarjat II-gi prowadził ewidencję członków, pobierał składki członkowskie, wydawał zaświadczenia odejścia, opiekował się lokalem Koła. Oraz sprzedawał znaczki Koła medyków.

W związku z wysłaniem delegata na zjazd w sprawie doktoratów, Sekretarjat II-gi pobierał 2 zł. od Kol. Kol. absolwentów w myśl uchwały powziętej na zebraniu, urządzonem przez absolwentów roku akadem. 1931/32.

Koło Medyków liczy obecnie 565 członków. Za czas urzędowania obecnego Zarządu wpłynęło 83 podania o przyjęcie na członków rzeczywistych Koła.

W ciągu bieżącej kadencji wystąpiło z Koła Medyków 39 członków, w tem 28 lekarzy, 3-ch przeniosło się do innych środowisk uniwersyteckich na ten sam wydział, 8-miu natomiast porzuciło Wydział Lekarski, przenosząc się na inne.

W okresie obecnego ustępującego Zarządu sprzedano 108 znaczków á 1,20 gr. — na ogólną sumę 129 zł. 60 gr.

Ze składek członkowskich wpłynęło 1,037 zł. Wpisowe wynosiło 2 zł., składka trymestralna 1 zł.

Sekretarjat II-gi wydał członkom i niečłonkom Koła do Dziekanatu 71 zaświadczeń, iż żadnych zaległości nie mają w celu otrzymania dyplomu lub wyciągnięcia dowodów.

Dbając o wygląd zewnętrzny lokalu Koła, nabyto za sumę 20 zł. 25 gr. gobelin na którym wisi krzyż i godło Państwa Polskiego. Biorąc pod uwagę ciężki stan materjalny Koła Medyków w roku bież. nie przystąpiono do naprawy sprzętów.

Sekretarjat był czynny 3 razy tygodniowo.

Sekcja Naukowo-Społeczna.

Kierownik Sekcji Kol. Wacław Wągrowski. Działalność Sekcji Naukowo-Społecznej szła w kierunku zainteresowania zagadnieniami

naukowemi, urządzania powszechnych odczytów w myśl wytkniętych przez poprzednich kierowników prac.

Starano się urządzać odczyty wygłaszane przez Pp. Profesorów Uniwersytetu Stefana Batorego oraz wewnętrznych posiedzeń z przygotowanemi przez kolegów referatami o treści naukowej lub ogólnej.

Wobec częstych odczytów urządzanych przez Komitet zwalczania raka, Sekcja Naukowo-Społeczna nie mogła znaleźć prelegentów wśród Pp. Profesorów.

W dniu 11.XII 31 r. odbył się odczyt p. Prof. Kornela Michejdy w Sali Sniadeckich na temat: „Problemat Znieczulania w Chirurgji".

Sprawozdanie kasowe z wyżej wspomnianego odczytu w pozycji przychodu wynosi 35 zł. 50 gr., w pozycji rozchodu 20 zł. 50 gr. Saldo wynosi 15 zł.

Panu Prof. Kornelowi Michejdzie składamy gorące podziękowanie za nieszczędzenie swego cennego czasu i okazaną przychylność Kołu Medyków.

Kurator Koła Medyków Prof. Dr. Stanisław Władyczko w obecnej kadencji Zarządu z powodu nawału prac nie mógł wygłosić odczytu na rzecz Koła, natomiast przyobiecał nam w następnej kadencji zadość uczynić naszym prośbom.

W roku sprawozdawczym odbyły się 3 posiedzenia referatowe. W dn. 15.II 32 r. z ref. Kol. M. Marzyńskiego p. t. „Znachorstwo w dobie obecnej i przyczyny jego rozwoju".

W dn. 2.III 32 r. z ref. Kol. Ferdynanda Beka p. t. „Wpływ alkoholu na ustrój ludzki".

W dn. 9.V 32 r. z ref. Kol. Ferdynanda Beka p. t. „Wiwisekcja a etyka w świetle nauk lekarskich".

Wszystkim Kol. Kol. biorącym udział w pracach Sekcji składamy gorące podziękowanie.

Sekcja Pomocy Naukowych.

Kierowniczka Sekcji Kol. Zaleska Natalja, zastępca Kol. Sztachelski Jerzy, potem kierow. Kol. Irena Sznee, zastępca Kol. Jan Zagórski, współpracownik Kol. Elżbieta Szakowska.

W zakres Sekcji wchodziła: bibljioteka, czytelnia, wypożyczalnia pomocy naukowych, jak: mikroskopy, preparaty histologiczne, histopatologiczne, bakterjologiczne oraz płaszcze lekarskie.

W czasie kadencji bibljioteka była czynna trzy razy tygodniowo, czytelnia w przeciągu 2-ch miesięcy była czynna codzień po dwie

godziny, jednak z powodu braku zainteresowania się kolegów czytelnią ograniczono jej godziny do godzin urzędowania w Kole Medyków.

Z bibljioteki korzystało 362 członków.

Bibljioteka liczy 1.652 podręczniki w 1.875 tomach w językach: polskim, rosyjskim, niemieckim, francuskim, angielskim.

W ciągu kadencji przybyło 277 książek.

Jako dary kolegów wpłynęło	38 tomów
Przekazano ze Sklepiku Koła Med. .	231 „
Przysłano numerów okazowych . . .	4 „
Zakupiono na sumę 45 zł.	4 „
Razem . .	277 tomów

Wypożyczono książek	592
Zwrócono książek	478
W czytaniu książek	762
Ogólna liczba czasopism	55

W bieżącym roku czasopisma do czytelni były nadsyłane bezpłatnie w ilości następującej:

tygodników	5
dwutygodników	6
miesięczników	10
dwumiesięczników	4
kwartalników	5
Razem . .	30 pism perjodycznych nadsyłanych stale.

Czasopisma z lat ubiegłych skompletowano i oprawiono. Podczas sprawdzania bibljioteki zauważono brak książek Nr. Nr. 642, 703, 488, 1270 (z tych Nr. 642 został zagubiony za poprzedniej kadencji).

Sekcja posiada 2 mikroskopy, z których jeden został wypożyczony, oraz 31 płaszczy lekarskich, z nich wypożyczono 16, pozostało 15.

Sekcja posiada 3 teczki preparatów bakterjologicznych, 3 teczki preparatów histologicznych i 1 teczkę preparatów histopatologicznych.

Wypożyczono 1 teczkę preparatów histologicznych i jedną teczkę preparatów histopatologicznych.

Stan kasowy Sekcji przedstawiał się następująco:

Wpłynęło:	z opłat za korzystanie z bibljioteki . . .	108,65
	Inne	24,—
	Saldo z ubiegłego roku sprawozdawczego	115,83
	Razem zł. . .	248,48

Wydano:	Na kupno książek	55,25
	Na oprawę książek	29,75
	Inne	20,55
	Razem zł. . .	105,55

Przychód	zł. 248,48
Rozchód	„ 105,55
Saldo	zł. 142,93

Sekcja Pośrednictwa Pracy.

Kierownik Sekcji Kol. Jerzy Sołoński. Działalność Sekcji jak w latach ubiegłych polegała na wyrobieniu praktyk wakacyjnych dla kolegów starszych lat studjów w szpitalach państwowych, sejmikowych, miejskich oraz prywatnych na terenie Województwa Rzeczypospolitej Polskiej oraz na pomaganiu kolegom, którzy już ukończyli studja, w sprawie uzyskania posad i praktyk w celu zaliczenia obowiązkowej rocznej praktyki.

W tym celu Sekcja rozsyłała odpowiednie pisma i odezwy do Wojewódzkich Urzędów Zdrowia, szpitali i sejmików, do kierowników zdrojowisk, jak również do Dyrekcji Kolei Państwowych w Wilnie. Nadto zwracano się do Zrzeszeń Lekarskich z prośbą o udzielenie kolegom niezamożnym pomocy w wynalezieniu pracy zarobkowej, lub też udzielania korepetycyj i t. p.

O podziale praktyk decydował we wszystkich wypadkach Zarząd, udzielając pierwszeństwa kolegom z najstarszych kursów, jak również biorąc pod uwagę stan materialny poszczególnych kolegów.

Przy zapisywaniu na praktyki Sekcja opłat kancelaryjnych nie pobierała, natomiast wymagano od kandydatów opłacenia zaległych i bieżących składek członkowskich.

Poza tem Sekcja udzielała poparcia w sprawie uzyskania praktyk w szpitalach, które nie zgłosiły wolnych miejsc do Koła.

Za okres sprawozdawczy 1931/32 Sekcja wysłała pism 165 (pisma skierowywano za tym samym numerem do szeregu szpitali), otrzymała pism 49.

Na praktyki wakacyjne zapisało się ogółem 101 osób z tego lekarzy (na praktyki zaliczalne oraz na zastępstwa lekarzy kolejowych na okres urlopów) — 17, absolwentów 25; z kursu V-go — 27, z kursu IV — 26, z kursu III — 6. Praktyk zgłoszono ogółem 112, płatnych 61, niepłatnych 51. Zaliczalnych praktyk zgłoszono 36. Prócz tego dla Kol.

Kol. po XIV-tym trymestrze oraz absolwentów i lekarzy pozostających w Wilnie — uzyskano w szpitalach miejskich 27 miejsc. Nadto Sekcja otrzymała 10 zgłoszeń wolnych posad dla lekarzy. Skierowano 5 lekarzy na wyżej wspomniane posady.

Należy nadmienić, iż w roku sprawozdawczym praktyki były rozdawane przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego co w znacznym stopniu uniemożliwiło normalne funkcjonowanie Sekcji.

Sekcja składa gorące podziękowanie wszystkim którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do uzyskania praktyk wakacyjnych dla członków Koła, a wszczególności Pp. Dr. Królewskiemu za uzyskanie płatnych zastępstw felczerów i lekarzy na terenie Wileńskiej Dyrekcji Kolei Państwowych, p. Dr. Henrykowi Rudzińskiemu Naczelnikowi Wydziału Zdrowia Wileńskiego Urzędu Wojewódzkiego za życzliwe stanowisko względem Koła, oraz p. Dr. Maciulewiczowi, Naczelnikowi Wydziału Zdrowia Nowogródzkiego Urzędu Wojewódzkiego.

Sekcja Pomocy Materjalnej.

Kierownik Sekcji Kol. Teodor Józef Hamerla. Sekcja Pomocy Materjalnej posiadała 700 zł., w listopadzie 1931 r. dodano Sekcji 100 zł. więc obecnie Sekcja posiada 800 zł.

Pragnąc przyjść z pomocą niezamożnej młodzieży akademickiej, Sekcja udzielała pożyczki krótko i długoterminowe według zasad regulaminu Sekcji.

W roku akadem. 1931/1932 udzielono pożyczek 25 na ogólną sumę 530 zł. Nie udzielono pożyczek więcej ponieważ Kol. Kol. nie zwracali w terminie pożyczek, przekraczając bardzo znaczne terminy zwrotu pomimo upomnień.

W dniu sprawozdawczym t. j. 29.X 32 r. Sekcja ma na pożyczkach 800 zł. u 36-ciu kolegów.

Sekcja wydawnicza.

Kierownik Sekcji Kol. Mikłaszewicz, współpracownik Kol. Z. Świeżyński. Sekcja Wydawnicza zajęła się pracą nad wydaniem 4-ej części Otolaryngologji „Choroby uszu“ Prof. Dr. J. Szmurły. Dotychczas wyszło z druku 10 arkuszy. Ogólne koszta wydania wynoszą około 3,325 zł., z tego uregulowano dotychczas rachunków na 1,008 zł. 80 gr., pozostaje do uregulowania około 2,316 zł. 20 gr.

W sierpniu 1932 r. Sekcja Wydawnicza na współkę z Towarzystwem Farmaceutycznem „Lechja“ przy współpracy kolegów Henryka

Ellerta i Edmunda Kuncewicza wydała „Informator“ o studjach medycznych na Uniwersytecie Stefana Batorego w nakładzie 500 ekzemplarzy. Koszt wydania wyniósł 600 zł. z tego połowę pokryła „Lechja“, połowę Sekcja Wydawnicza Koła Medyków.

Zobowiązanie terminowe poprzedniego Zarządu w wysokości 600 zł. za wydanie 3-ej części Otolaryngologji zostało uregulowane przez kasę główną Koła.

Na składzie pozostaje na dzień 1.XI 32 r. 369 egzemplarzy 2-ej części Otolaryngologji i 405 egzemplarzy 3-ej części. W komisie pozostaje 277 egzemplarzy 2-ej części i 450 egzemplarzy 3-ej części.

W ciągu roku sprawozdawczego Sekcja otrzymała pism 7, wysłała 20.

Sekcja towarzyska.

Kierownik Sekcji Towarzyskiej Kol. Stanisław Chylicki. Sekcja Towarzyska w roku akadem. 1931 32 podobnie jak w latach ubiegłych miała na celu organizowanie imprez dochodowych oraz towarzysko-zapoznawczych przez urządzanie herbatek, wycieczek i t. p. Celem zapoznania się ze zbiorami Wileńskiego Muzeum Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Sekcja urządziła w dniu 5 maja r. b. wycieczkę do Muzeum, zaś w dniu 3 czerwca r. b. do Elektrowni Miejskiej, gdzie p. Inż. Juljusz Glatman zapoznał uczestników wycieczki z nowoczesnemi urządzeniami elektrowni oraz wygłosił krótki referat na temat stosowania prądu elektrycznego do celów wojennych i lekarskich.

W dniu 25.X 32 r. została urządzona Herbatka Zapoznawcza Koła Medyków, mająca na celu zapoznanie studentów młodszych kursów medycyny ze starszymi. Frekwencja wyniosła 160 osób.

Sklep Koła.

Kierownik Sklepu Kol. Siemaszko Władysław, potem Kol. Markiewicz Gustaw, współpracowniczka Kol. Jaruzelska Wanda.

Sklep Koła Medyków posiadał na składzie możliwe wszystkie podręczniki medyczne i pomoce naukowe, sprzedając je po cenach znacznie niższych od cen księgarskich.

W roku bież. położono szczególny nacisk na rozwój obrotu podręcznikami używanemi, aby w ten sposób niedopuścić do nieuczciwego wyzysku przez handlarzy staremi książkami. Podręczniki nabywano zawsze od wydawców, usiłując uzyskać możliwie największy rabat.

Stosunki utrzymywano wyłącznie z firmami chrześcijańskiemi. Rozumiejąc ciężkie położenie materjalne wszystkich studentów medyków dawano członkom Koła Medyków bardzo dogodne warunki spłaty ratami. Pomimo takich udogodnień nie wszyscy jednak koledzy punktualnie wywiązywali się ze swoich zobowiązań.

Sprzedawano także książki niecziłonkom Koła Medyków oraz wysłano lekarzom zamiejscowym, nie udzielano im jednak kredytu ani rat długoterminowych.

Na zamówienie sprowadzano wszystkie podręczuiki lekarskie w języku polskim jako też w językach obcych, uskuteczniając zamówienia w możliwie najszybsym czasie.

Obrót roczny na dzień 1.XI 32 r. wynosił 9.508 zł. 55 gr. Majątek w książkach wynosi 10.349 zł. 25 gr., suma zobowiązań względem sklepu — 5.322 zł. 30 gr., sklep ma zobowiązań na sumę 2.735 zł. 20 gr. Całkowity majątek Sklepu Koła Medyków wynosi 12,936 zł. 35 gr., w roku sprawozdawczym powiększył się o 1264 zł. 60 gr.

Zarząd Koła Medyków U. S. B. wyraża Zarządowi Tow. Lekarskiego oraz Panu Prof. Dr. W. Jasińskiemu głęboką wdzięczność za trudy i starania, poniesione przy wydaniu niniejszego sprawozdania drukiem. *Zarząd.*

Sprawozdanie Kasowe Koła Medyków
za rok akadem. 1931/32.

Wpływy.

Ze składek członków zwyczajnych	945,—
Ze składek członków wspierających	5,—
Z ofiar	112,50
Z procentów	57,95
Z Sekcji Naukowo-Społecznej	15,—
Razem	1,135,45

Wydatki.

Na Sekcję Towarzyską	98,33
Na Sekcję Pomocy Naukowych	153,—
Na administrację	642,78
	894,11
Nadwyżka bilansowa	241,43
	1,135,45

Stan czynny.

Gotówką w kasie	1,483,65
Pożyczka dla absolwent.	154,—
Wydawnictwo im. Ossolińskich	3,58
Sekcja Pomocy Materjalnej	800,—
„ Wydawnicza	2,173,64
„ Pomocy Nauk.	12,064,—
Inwentarz	1,891,10
Razem	18,569,97

Stan bierny.

Rada Wydziału Lekarskiego U. S. B.	1,500,—
Bratnia Pomoc Pol. Młodz. A. U. S. B.	3,095,92
	4,595,92
Kapitał z końcem okresu	13,974,05
	18,569,97

B. Szymborski.

Oceny.

W ostatnich paru latach polskie piśmiennictwo higjeniczne zaczyna wzbogacać się w oryginalne podręczniki. Pomijając nowe wydania, ukazujące się zeszytami, jak Higjena Szkolna pod red. D-ra Kopczyńskiego i Zarys Higjeny Karaffy-Korbutta, mamy do zanotowania trzy dzieła:

Doc. D-r. Gustaw Szulc Ppłk. lek. Dyr. Państw. Zakł. Hig. w Warszawie. *Higjena Wojskowa.* Warszawa. Nakładem „Lekarza Wojskowego". 1931—1932. Dotąd ukazały się 3 zeszyty tomu I-go, poświęcone sprawie żywienia. Autor uwzględnia najnowsze dane z fizjologji, dane co do poszczególnych artykułów spożywczych, podaje ich ocenę, krótkie dane z metodyki ich badania; jasny wykład jest przeplatany cennemi uwagami i objaśnieniami, schematami, tablicami i dobremi rysunkami. Rozdział o żywieniu na tych 3 zeszytach nie zosfał zakończony. Piękne wydanie podręcznika jest wielką zasługą „Lekarza Wojskowego",

Swoista organizacja wojska, niezwykle doniosłe jego znaczenie dla państwa, warunki życia i pracy żołnierza w czasie wojny i podczas pokoju stwarzają specyficzną atmosferę, w której, lekarze oddziałów wojskowych rozwijać muszą swą działalność. Działalność ta nosi wybitne znamię zapobiegania, przeto lekarz wojskowy powinien być przedewszystkiem higjenistą; tu właśnie lekarz codziennie napotyka sprawy, w których ma decydować jako rzeczoznawca, i przeto odpowiedziałność jego jest b. duża. Podręcznik Doc. G. Szulca będzie mu w tem wielce pomocny. Ale nietylko lekarz wojskowy, lekarz cywilny--praktyk znajdzie w podręczniku dużo cennych wskazówek, przynajmniej, jeżeli chodzi o sprawę żywienia. Należy się wdzięczność Doc. G. Szulcowi za jego pracę nad ułożeniem podręcznika, wypełniającego lukę w naszem oryginalnem piśmiennictwie higjenicznem.

Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz. *Podręcznik higjeny ogólnej.* Kraków. 1932.

Nakładem księgarni J. Czerneckiego ukazała się pierwsza część podręcznika, składająca się z wstępu i 3 rozdziałów—powietrze, woda i pożywienie; stron 199.

Już samo nazwisko autora mogłoby dawać rękojmię dużej wartości naukowo-pedagogicznej podręcznika. Z każdego rozdziału przeziera wielkie doświadczenie, jakie posiada autor dzięki wieloletniej naukowo-badawczej i pedagogicznej pracy; każdy rozdział jest opracowany niezwykle starannie, każde zagadnienie, każdą nawet drobną sprawę autor przedstawia wszechstronnie, z wielką przejrzystością, a jednocześnie

bardzo treściwie; uderza właśnie brak rozwlekłości. Uwzględnione są najnowsze zdobycze naukowe, a w przytaczanych przykładach — dane i co do Polski. Na osobną wzmiankę zasługuje wstęp, w którym autor mówi między innemi o podziale higjeny na ogólną i społeczną, stwierdzając brak jednomyślności pod tym względem śród higjenistów. Autor jest za takim podziałem, zaznacza jednak, że różnica pomiędzy higjeną doświadczalną a społeczną istnieje nie tyle co do treści, ile co do metodyki. Dotyka również sprawy narzekań, że wydziały lekarskie nie dają dostatecznych wiadomości i przygotowania, potrzebnego młodym lekarzom dla przyszłej działalności na polu sanitarno-społecznem, i zupełnie słusznie wskazuje na wielkie znaczenie studjowania higjeny ogólnej, twierdząc, że, jeżeli lekarz nie posiada podstawowych wiadomości z higjeny ogólnej, „zawsze będzie dyletantem w higjenie"..., bez względu na nabyte doświadczenie praktyczne.

Prof. Dr. K. Karaffa-Korbutt. *Ogólna Higjena Pracy*. Kraków. 1933. XI + 350.

Świeżo wydane nakładem Instytutu Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie nowe dzieło Prof. Karaffy-Korbutta zapełnia dotkliwą lukę w piśmiennictwie polskiem, poświęconem higjenie pracy. Podręcznik jest przeznaczony przedewszystkiem dla lekarzy kasowych, lekarzy inspekcji pracy i dla inspektorów pracy, a poza tem dla słuchaczy wydziałów lekarskich, politechnik, inżynierów i wogóle działaczy społecznych, zajmujących się organizacją i ochroną pracy. Z takiego przeznaczenia wypływała konieczność odrębnego ujęcia dzieła: unikając monograficznego sposobu ujęcia poszczególnych rozdziałów, należało zarówno unikać zbytniego schematyzowania i popularyzacji. Autor, jak sam zaznacza, wybrał drogę pośrednią—naukowe przedstawienie sprawy z pominięciem zagadnień, znajdujących się dopiero w badaniu i dyskusji. Dzieło składa się z wstępu, omawiającego treść, dzieje i stan współczesny higjeny pracy i 4 części. Część I jest poświecona fizjologji i psychologji pracy, część II — szkodliwościom pracy zawodowej, część III — chorobom zawodowym i wreszcie część IV — ustawowej ochronie pracy. Nie możemy z braku miejsca podać tu chociażby tytuły dziewiętnastu rozdziałów dzieła. Treść części I-ej autor omawiał szerzej w swej Higjenie Pracy, której tom I i jedyny ukazał się w roku 1928 nakładem Instytutu Naukowej Organizacji. Z przyczyn od autora niezależnych wydawanie dzieła, zakrojonego wówczas na większą skalę, urwało się niestety. Streszczeniem tego tomu jest właśnie część I. W części II na wzmiankę zasługuje klasyfikacja szkodliwości pracy zawodowej, podana przez autora. Autor nazywa ją fiz-

jologiczną. Do I-ej zalicza się szkodliwości, działające bezpośrednio na układ nerwowy i mięśniowy, do 2-iej — na układ, regulujący ciepłotę ciała, do 3-iej — na narządy zmysłów, do 4-ej — na układ oddychania, do 5-ej — na układ krążenia, do 6-ej — na ustrój jako całość i do 7-ej — nie działające wybiorczo na ustrój (traumatyzm) każda z grup dzieli się na szereg podgrup—podług różnych znamion. Autor sam stwierdza, że jego klasyfikacja posiada braki, jak i klasyfikacje zaproponowane przez innych; posiada natomiast wielkie zalety, przedewszystkiem jest łatwa do zapamiętania, czego w żadnym razie nie można powiedzieć o klasyfikacjach innych. niema w niej sztuczności; jest ono oparta na zasadzie fizjologicznej i bardziej nadaje się przy analizie chorób zawodowych, ułatwia omawianie szkodliwości; wreszcie, podstawą myślenia higjenicznego powinno być przedewszystkiem myślenie fizjologiczne. W części III-ej autor, jak sam zaznacza, celowo pominął przytaczanie b. obfitego materjału statystycznego państw zachodnich i ograniczył się do paru tablic ze źródeł angielskich, podając tylko ważniejsze wnioski syntetyczne. Nie mamy jeszcze statystyki chorób zawodowych w Polsce, materjał ten dopiero się gromadzi. Przytaczanie więc materjału zagranicznego byłoby przeładowaniem niepotrzebnem dzieła, przeznaczonego dla szerszych kół czytelników, tem więcej, że porównania z danemi liczbowemi dla Polski nie można byłoby przeprowadzić. Zresztą takie opracowanie materjałów statystycznych nadawałoby się dla monografji. W części IV podane są najważniejsze wytyczne ustawowej ochrony w Polsce zdrowia i życia robotników.

Do każdej części autor wskazuje ważniejsze źródła piśmiennictwa, w których czytelnik znajdzie możność gruntowniejszego zbadania spraw interesujących go. 147 dobrych rycin ilustruje tekst. Mimo, iż druk możnaby nazwać ekonomicznym, wygląd zewnętrzny książki nie pozostawia nic do życzenia.

Instytutowi Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie, należy się wielkie uznanie za wydanie w obecnych trudnych czasach cennego dzieła.

A. Safarewicz.

KOMUNIKAT

„GÓRKA" — Kolonja Lecznicza Dziecięca im. Dr. med. Rektora J. Brudzińskiego przy Zdroju w Busku, woj. Kieleckie.

Sanatorjum dla dzieci od 4—14 lat. czynne cały rok.

Przyjmuje się dzieci ze schorzeniami kośca (t. zw. gruźlica pozapłucna, reumatyzm, zapalenie szpiku kostnego), krzywicą, anemją, przymiot t. p.

Z dn. 1.XI-32 przyjmowane są również dzieci nerwowe oraz cofnięte w rozwoju i upośledzone umysłowo.

Szkoła sanatoryjna przyjmuje również dzieci wątłe, rekonwalescentów i t. p., które w czasie leczenia przechodzą normalny kurs szkolny.

Opłaty niskie. Instytucja społeczna. Informacje pisemne p. a.: Busko-Zdrój, Górka, tel. 18.


B000000 1659 186